دين بـرنيت

PSYCHO-LOGICAL

فهم الأمراض النفسيّة منطقيًّا!

لماذا تؤثر تغيرات الحياة على صحتي العقلية؟





لماذا تتدهور صحتنا النفسية؟
وكيف يمكننا فهم ذلك؟





عصير الكتب



فهم الأمراض النفسيّة

مكتبة | 1182 منطقيًا!

لتجارة الكتب

إدارة التوزيع

00201150636428

لمراسلة الدار:

email:P.bookjuice@yahoo.com

Web-site: www.aseeralkotb.com

- العنوان الأصلي: PSYCHO-LOGICAL Why Mental Health Goes Wrong – and How to Make Sense of It
- العنوان العربي: فهم الأمراض النفسيّة - منطقيًا
- طُبِع بواسطة: CPI Group UK
- طُبِع بواسطة: سي بي آي جروب

- ترجمة: عيسى عبد الله
- تدقيق لغوي: نهال جمال
- تنسيق داخلي: معتز حسنين علي
- الطبعة الأولى: أغسطس/ 2022م
- رقم الإيداع: 2021/23315م
- الترقيم الدولي: 978-977-6902-63-3

دين بيرنيت

PSYCHO-LOGICAL

فهم الأمراض النفسيّة منطقيًّا!

لماذا تؤثر تغيرات الحياة على صحتي العقلية؟





لماذا تتدهور صحتنا النفسية؟
وكيف يمكننا فهم ذلك؟





عصير الكتب

ترجمة: عيسى عبد الله

المُحتَوَياتُ

مقدمة المترجم

أهلًا ومرحبًا بك عزيزي القارئ في جولة علمية معرفية في فضاء رحاب الإنسان، ذلك الكائن الذي هو أنت، وهو أنا. لا أظن أني بحاجة إلى أن أثبت لك مدى تعقيد بنيتنا الإنسانية، فنحن البشر كائنات غير متوقَّعة ويصعب علينا فهم أنفسنا إلى حد كبير. وهذا الكتاب هو محاولة لفهم جزء من أجزاء بنيتنا الإنسانية، وهي صحتنا النفسية والعقلية. بذل الكاتب في هذا الكتاب جهدًا ليس بقليل ليفك الكثير من التشبيكات التي تدور في أذهاننا ونحن نتحدث عن مثل هذا الموضوع، والتزم تخصصه ليخبرنا بما وصلت إليه أحدث الأبحاث العلمية عن الصحة النفسية والعقلية، فكان الكتاب محددًا ومخصصًا وواضحًا.

لكن دعني أفشي لك سرًّا، في أثناء رحلة ترجمتي لهذا الكتاب، وجدت الكتاب دسمًا يستطرد فيه الكاتب في عدة مواضيع أساسية لفهم قضية الصحة النفسية والعقلية بعمق وتأسيس، وظني أن هذا مما قد لا يسر الكثيرين ويبعدهم عن الكتاب، بالإضافة إلى أنني قرأت الكثير من التعليقات الأجنبية لقرَّاء الكتاب، ووجدت الكثيرين ممن لم تعجبهم تلك الاستطرادات. ولكن لما عرفت من مدى التأصيل والتأسيس العلمي الذي يقدمه لنا الكاتب، خِفت أن يجعل هذا القراء يتركون الكتاب ويظنون أن كاتبه يستطرد فيما ليس له معنى ليضخم حجم كتابه، فقررت أن أرسم للقرَّاء العرب في البداية خارطة الكتاب ليختاروا ما يودون معرفته من محتوى الكتاب، ويذهبوا إليه

متى أرادوا. ففي الكتاب الكثير من الفائدة والعلم الذي قد يفيدك في رحلتك الحياتية، وبخاصة ما يتعلق منها بالصحة النفسية والعقلية.

في فصل الكتاب الأول، الوضع الراهن، يتحدث الكاتب عن «الوضع الراهن» في ساحة النقاش حول قضايا الصحة النفسية والعقلية، ولذلك فالمواضيع التي يتحدث عنها عميقة وغير ممسوكة بطبيعتها ويغلب عليها في أساسها الطابع الفلسفي وليس فقط الطابع العلمي التجريبي كما قد ينتظر القراء من الكتاب، إلا أن الكاتب بذل مجهودًا كبيرًا في جمع الرأي والرأي الآخر وتوضيح الخلافات وبناء صورة واضحة حول كل القضايا التي ناقشها[1]. إلا أني أظن أن هذا مما قد لا يعجب الكثيرين ممن يبحثون عن إجابات واضحة ومعلومات دقيقة حول قضية الصحة النفسية والعقلية، ولهذا وجب التنبيه، إذا كنت هنا لتجد معلومات واضحة ومباشرة عن الصحة النفسية والعقلية، فلا تُلْقِ الكتاب بعيدًا بسبب الفصل الأول، فهو المدخل التأسيسي النظري للقضية، والذي يمكنك أن تتخطاه في البداية لتصل إلى المعلومات المباشرة بداية من الفصل الثاني. إلا أنني أود أن أؤكد على أهمية الفصل الأول هذا، ولكني رأيت أن في الكتاب ما هو أكثر منه، وما قد يجعل القارئ يحيد عن الكتاب بسببه، فقدمت هذا التنويه، ولكني أود أن أشجعك عزيزي القارئ لقراءته لتفهم البُعد النظري للنقاشات الراهنة حول قضية الصحة النفسية والعقلية، وتشاهد بنفسك «حلبة المصارعة» وتقيِّم موقفك منها.

وإذا كان الفصل الأول هو المدخل النظري التأسيسي لفهم قضية الصحة النفسية والعقلية، فالفصل الثاني هو المدخل العلمي التأسيسي لفهم تفاصيل ما يحدث في المخ وكيف يعمل، لتستطيع بذلك فهم وتقدير ما وصل إليه العلماء عما يحدث في المخ في أثناء رصدهم له في دراستهم للصحة النفسية والعقلية للإنسان. فهذا الفصل سيجعلك تعرف الكثير عن مخك وكيفية عمله.

وفي الفصول الثلاثة الأخيرة يبدأ الكاتب في الحديث عن الاضطرابات النفسية والعقلية باستفاضة تحت ثلاثة عناوين، وهي الاكتئاب والقلق

---

(1) على الرغم من اختلافي مع الكاتب في بعض القضايا الأساسية، فإني أظن أن مجمل طرحه كان شاملًا للعديد من الآراء، وسيساعدك على رؤية الصورة الكبيرة بشيء من الشمولية والتفصيل. (المترجم)

والإدمان، لكن الكاتب لا يتحدث عن هذه الاضطرابات فقط، بل يتحدث عن الكثير من المواضيع المتصلة بهم كحديثه، على سبيل المثال، عن اضطرابات المزاج عند الحديث عن الاكتئاب، وهكذا نجد الكاتب غطى الكثير والكثير من المواضيع المهمة المتصلة بقضية الصحة النفسية والعقلية بعمق، فيستغل الكاتب إثارة الموضوع بشكل محدد في سياق ما ليدُلنا على الفكرة الكامنة وراءه، ثم يعود للحديث عن موضوعه الأساسي، فلا تظنن أن الكاتب لم يتحدث إلا عن الاكتئاب والقلق والإدمان، فعندما تنتهي من قراءة الكتاب ستتفاجأ بكم المعلومات التي قد حصلت عليها، وبفهمك الجديد لقضية الصحة النفسية والعقلية، طبقًا للكثير من الأبحاث العلمية الحديثة، والذي أتمنى أن يساعدك في رحلة حياتك وفي تعاملك مع نفسك ومع من حولك.

وفي النهاية، أود أن أتقدم بجزيل الشكر للحبيب محمد صلاح فضل، مدير قسم الترجمة والنقل في دار نشر عصير الكتب، أولًا على جميل التعامل معه في أثناء رحلة ترجمة هذا الكتاب، وثانيًا على سعيه وجهده لإثراء المكتبة العربية بكتبٍ حديثة وقيِّمة في مواضيع تشغلنا نحن القراء العرب، لنجد في مكتبتنا العربية أكثر من كتاب يتحدث عن تلك المواضيع، ولنرى الإنتاجات الثقافية الأخرى لنواكب غيرنا من الأمم ونكون على اطلاع بأفكارهم وما ينتجون.

والآن، أتركك عزيزي القارئ مع الكتاب، آملًا من الله أن يكون لك منيرًا ومفيدًا وأن يجعل لك في هذا العلم ما يعينك في رحلتك الحياتية لتحيا حياة حقيقية وصحية.

المترجم

عيسى عبد الله

شعبان 1443 / مارس 2022

القاهرة – مصر

المقدمة

مرحبًا، أنا دين برنيت، وهذا هو كتاب فهم الأمراض النفسية - منطقيًّا، كتاب يتحدث باستفاضة عن الصحة النفسية والعقلية.

في عالمنا الآن، مجال الصحة النفسية مجال واسع للغاية، ومجال حساس، ومُثير للمشاعر، ومشحون بالعواطف والانحيازات. ولذلك، دعنا نبدأ في البداية بتوضيح بعض الأمور.

هذا الكتاب هو كتاب عن الصحة النفسية، ولكنه ليس عن صحتي أنا النفسية. نعم، هذا الكتاب هو محاولة عامة لاستكشاف ما يخبرنا به العلم الآن عن الصحة النفسية، مُغطيًا ما نظن أنه يحدث داخل أمخاخنا (وفي بعض الأحيان أجسادنا) عندما تختل صحتنا النفسية، لماذا تنتشر مشكلات الصحة النفسية بشكل كبير، وكيف يتعامل الناس مع كل هذه المشكلات ويتمكنون مع ذلك من أن يعيشوا حياة طبيعية نسبيًّا. هذا الكتاب يحاول أن يكون منطقيًّا وعقلانيًّا قدر الإمكان في إلقائه الضوء على المشكلات النفسية، ومن هنا جاءت براعة العنوان الغامض.

السبب وراء عدم تحدثي عن صحتي النفسية الشخصية هو أنني في الحقيقة لا أملك الكثير لأتحدث عنه بشأنها. حتى هذه اللحظة في حياتي، كنت أحد هؤلاء الأشخاص المحظوظين الذين لم يضطروا إلى مواجهة أي مصاعِب تخص صحتهم النفسية. بالطبع مررت بتقلبات الحياة الاعتيادية بين الرخاء والشدة! ومررت بتجارب شعرت فيها بأبعاد المشاعر كلها: الجيدة

منها والسيئة. لكنني أعتقد أن هذه المشاعر كانت تقع ضمن الإطار الطبيعي للوجود الإنساني، لأنني لم أذهب قط إلى مُعالِج نفسي، ولم آخذ قط أدوية نفسية، ولم أعانِ من مشكلات أعاقت حركتي في العالم بسبب أشياء أبعد من الظروف العادية، أو عدم خبرتي في الحياة، أو فقط جهلي الطبيعي.

قد يُدهَش بعض الناس عندما يسمعون ذلك، وهذا يرجع إلى أن تقريبًا كل الكتب التي تتحدث عن الصحة النفسية الموجودة في الوقت الحالي تتمحور حول تجارب كُتَّابها في التعامل مع المشكلات النفسية التي واجهوها هم في أثناء حياتهم. لكن في الواقع، أنا لا أستطيع أن أفعل ذلك، على الأقل إذا أردت ألا أحيد كثيرًا عن الكتابة العلمية غير الخيالية. إذًا، ما الذي يمنحني الحق في أن أُدلي بدلوي في هذا الموضوع وأدعي أنني سوف أقدِّم شيئًا قيِّمًا؟

حسنًا، دعني أبدأ في الإجابة عن هذا السؤال بتعريف نفسي. كما أخبرتك سابقًا، أنا دين برنيت، مؤلف كتاب المخ الأبله، والمخ السعيد، ولماذا يقودك أبواك للجنون، وكاتب العديد والعديد من المدونات والمقالات والأعمال الأخرى التي تدور حول خصائص المخ البشري وصفاته الغريبة والعجيبة. أنا أكتب عن المخ لأنني دكتور متخصص في علم الأعصاب[1]. أطروحة الدكتوراه الخاصة بي متاحة في المكتبة البريطانية أو موقع جامعة كارديف إذا كنت تريد أن تتحقق منها وتقرأها بنفسك[2].

عملت أيضًا مدرسًا أساسيًّا ومحاضرًا في برنامج الماجستير للطب النفسي بجامعة كارديف لسنوات عديدة، كنت في هذه السنوات مسؤولًا عن تدريس وتأهيل الطلاب والأطباء في جميع جوانب الطب النفسي؛ بداية من العلوم الأولية التأسيسية، إلى أحدث طرق التشخيص والعلاج، والقواعد والأنظمة التي تحكم استخدامهم، وغير ذلك الكثير. وظيفةٌ كهذه، مضاف إليها سنوات كثيرة من دراسة المخ البشري وكيفية عمله، ستعطيك بالطبع

---

(1) دكتور أي حصل على درجة الدكتوراه وليس طبيبًا. «المترجم»

(2) في الحقيقة إذا كنت تود أن تعرف رأيي، أنا لا أنصحك بهذا. إنها أطروحة علمية غير مشوقة بالمرة، إلا إذا كنت مهتمًا حقًا بتعقيدات ما إذا كان الحُصين (Hippocampus) أحد أجزاء المخ المسؤولة عن استعادة ذكريات المشاهد والمواقف المتشابكة والمعقدة.

فهمًا عميقًا وشاملًا وتقديرًا حقيقيًا للصحة النفسية والعقلية وكل ما يتعلق بها من جوانب. أو على الأقل، هذا ما أحب أن أدعيه.

ومنذ ذلك الوقت وأنا أكتب كثيرًا عن الصحة النفسية، ويبدو أن الناس يعجبهم الأمر كثيرًا عندما أفعل ذلك. الكثير من الأشياء التي كتبتها تُستخدَم الآن كمحتوى للتدريب، ومراجع، وموادّ تعليمية من قِبل أشخاص كثر متنوعين بداية من المستويات الأولى في مادة علم النفس، إلى مكتبات مؤسسة الصحة العامة البريطانية (NHS Libraries) والمنظمات المختلفة مثل منظمة سماريتانز (Smaritans)، والهيئات الاستشارية وغيرهم الكثير.

لكن لماذا أنا على وجه التحديد؟ أنا في الحقيقة لا أملك رخصة تشخيص مشكلات الصحة النفسية وعلاجها، وهناك بلا شك الآلاف من الأشخاص الآخرين الذين يملكون قدرًا من المعرفة والعلم عن الصحة النفسية ينافس علمي ويتجاوزه بكثير. لماذا إذًا أُميَّز أنا من بين كل هؤلاء؟

حسنًا، أول شيء هو أنني عالم أعصاب. لأقرِّب لك الأمر، يمكنك أن تتخيل أنني مصمم سيارات خبير؛ يمكنني أن أخبرك كل شيء عن كيفية عمل السيارات، لكن لا يمكنني بالضرورة أن أصلح لك سيارتك إن أصابها عطل ما، وبالطبع لا يمكنني أن أعطيك رخصة قيادة. كل واحدة من تلك الأمور تحتاج إلى مجموعة مختلفة من المهارات.

أنا أركز بشكل كبير على كيفية عمل المخ، وهذا هو الأمر الثابت في كل ما يتعلق بالصحة النفسية. أنت لا يمكنك أن تكون لديك صحة نفسية دون أن يكون المخ مشاركًا في ذلك، والمخ هو شيء يمكننا (في حدود المتاح) أن نتفحصه، ونقيسه، ونحلله عن طريق العلم. من خلال التزامي بالحديث عما يحدث داخل المخ، آمل أن أتمكن من جعل الأمور المتعلقة بالصحة النفسية أكثر تأصيلًا وارتباطًا وأكثر سهولة في الفهم.

وأيضًا، قيل لي إن طريقة تحدثي عن الصحة النفسية لها رنين خاص لأنها أكثر وضوحًا وأشد تعاطفًا من الكثير ممن يتحدثون في هذا الشأن. قد تكون هذه ليست إلا مجاملة أحظى بها، لكنني سأقول لك إنني أحاول تجنب الاستنتاجات المتعنتة غير المرنة والنبرة الاستهجانية التوبيخية، وأحاول أن أتجنب الوصمات تحت أي ثمن، ودائمًا ما أحاول أن أشير إلى جهلي وضيق

حدود معرفتي، أفعل ذلك كثيرًا لدرجة أن المحررين الذين يعملون معي يطلبون مني التوقف عن فعل ذلك.

جزء من نزعتي للقيام بهذا يأتي بسبب حقيقة أنني أقدِّم عروض الكوميديا الارتجالية (Stand-up Comedy) كهواية لما يقارب العشرين سنة الآن. قضاء ما يقارب من عقدين كاملين واقفًا أمام أشخاص سكارى لا تعرفهم وليس لديهم أي سبب للإعجاب بك، ومحاولتك أن تكسبهم في صفك في خمس دقائق باستخدام الكلمات فقط، سوف تؤثر لا محالة على مهارات التواصل الخاصة بك. يجبرك هذا على الأقل أن تحاول أن تكون محبوبًا، ومفهومًا، وممتعًا، وجذابًا، وقريبًا من الناس بسرعة كبيرة، لأنك إن لم تفعل ذلك، سوف تؤكل حيًّا.

لا أقصد ذلك حرفيًّا بالطبع. على الرغم من أنك قد تسمع بعض هذه القصص في بعض الحفلات ...

أعتقد أيضًا أن أحد العوامل الأكثر تأثيرًا في هذا يرجع إلى نشأتي، والتي تختلف كثيرًا عن نشأة معظم الأكاديميين رفيعي المستوى. أنا نشأت في حانة ضيقة في أحد الأودية الصغيرة في أقصى جنوب حارات مدينة ويلز[1] والتي كانت سابقًا مركزًا للتعدين. أنا لا أحاول أن أظهِر القرية التي نشأت فيها بشكل درامي تسمع معه موسيقى عاطفية وأنت تقرؤه لتتأثر به؛ لقد نشأت حرفيًّا في حارة صغيرة. لم يكن هناك طريق يوصلك لأي مكان بعد تلك القرية؛ كانت ببساطة منطقة مسكونة في نهاية طريق مسدود ضخم.

لم تكن حياتي هناك صعبة أو مأسوِيَّة بأي شكل من الأشكال. لكن الصحة النفسية تتأثر بشدة بالبيئة التي تعيش فيها، ولذلك إذا ترعرعت في منشأة للسكارى في قرية معزولة وفقيرة تقطنها الطبقة العاملة، فسوف تصبح، إذا كان بإمكاننا القول، معتادًا ومؤتلفًا بشدة على الكثير من مشكلات الصحة النفسية. وهؤلاء الأشخاص كانوا أصدقائي، ومجتمعي، وعائلتي الكبيرة. سوف يكون من الصعب لذلك ألا يؤثر عليك في كل الأمور التي تتعلق بالصحة النفسية.

---

(1) مدينة في المملكة المتحدة. «المترجم»

من جوانب عديدة، تعلُّمي عن الصحة النفسية في وقت لاحق في حياتي يشبه تمامًا شخصًا نشأ في غابة وبعد ذلك بدأ في دراسة علم الحيوان (Zoology)، وأخذ الكتاب المخصص للمادة المليء بالحيوانات والنباتات المألوفة التي كان يراها في حياته اليومية وبدأ يقول: «أوه، هذا هو ما يُطلَق عليها إذًا». لقد رأيت الكثير من تلك النباتات والحيوانات في حياتي، لم أكن فقط لدي تلك المفردات لوصفها[1].

أقسم لك إنني عادة لا أبدأ كُتبي بالاستفاضة في رسم تحليلي متكامل لشخصي ولمؤهلاتي، لكن من المهم أن أفعل ذلك هنا تحديدًا، لأن عالمنا المعاصر لا يخلو، بكل أسف، من أولئك الأشخاص الذين يحبون أن يُلقوا المحاضرات ويخطبوا في الناس عن كل ما يتعلق بالصحة النفسية على الرغم من عدم امتلاكهم أي مؤهلات أو حتى خبرة تمكّنهم من التحدث في هذا الشأن. إذا حاولت من قبل في أي وقت أن تتحدث عن مشكلاتك الشخصية التي تتعلق بصحتك النفسية، أكاد أن أجزم بأنك تعرضت لما يلي؛ أخبرك شخص ما بكل بساطة أن تبتسم وتبتهج، أو أن تذهب للركض قليلًا، أو فقط تدع عنك تلك المشكلات، أو أن تتفاءل وتكون إيجابيًّا، أو أي شيء من هذا القبيل. أو سيخبرك أشخاص آخرون بأنك لست بحاجة إلى أدوية لأن تلك الأدوية ما هي إلا احتيال ونصب على العامة، أو «إن الأمر كله داخل رأسك»، وكأن هذه رؤية ثاقبة لا يعرفها سوى ذلك الشخص، وليست ذِكرًا لشيء واضح وجليٍّ لا يضيف لنا أي جديد. هذه الجملة تشبه تمامًا إخبارك لشخص مصاب بالتهاب المفاصل أن مشكلته كلها داخل مفاصله.

حتى لو كانت نصيحتهم غير المرغوب فيها تلك حسنة النية بنسبة مائة في المئة في كثير من الأحيان -وهذا شيء لا أزال أتشكك فيه ولا أثق به تمامًا- فإن هؤلاء الأشخاص دائمًا ما يجعلون الأمور أسوأ. لذا، أود أن أجعل هذا الأمر واضحًا تمامًا: أنه، وعلى الرغم من كل أخطائي البشرية، فأنا بالتأكيد لست واحدًا من أولئك الأشخاص. لأننا نتعامل هنا مع موضوع حساس بشدة وشخصي للغاية بالنسبة إلى ملايين البشر. نحن لا نتحدث هنا عن طرق

(1) أنا أحب أيضًا أن أستخدم التشبيهات والاستعارات كثيرًا. فقط من باب العلم بالشيء.

تصنيع إطارات السيارات، أو عن السياسات الزراعية في أوروبا في القرن السابع عشر[1].

لا شك أنه من المستحيل تمامًا أن نكون موضوعيين وعقلانيين بنسبة مائة بالمائة عندما يتعلق الأمر بالصحة النفسية. لذلك، من الراجح أنني سوف أقول بعض الأشياء في الفصول القادمة من الكتاب لن يوافق عليها الناس وسيرفضونها. أعتذر لكم مقدمًا إذا حدث ذلك. لكن على الأقل أنت الآن على دراية بمنظوري ومنهجيتي التي أتناول بها هذا الأمر بكل ما يحويه من تفاصيل.

إذًا، كان هذا حديثًا عن الأسباب وراء شعوري بإمكانية كتابتي لهذا الكتاب. لكن، الآن، لماذا أردت أن أكتب هذا الكتاب؟ ما الذي أتمنى أن أحققه هنا؟

حسنًا، أعتقد أنني يُمكنني أن أفترض بنسبة كبيرة أنك، عزيزي القارئ، على مستوى جيد نسبيًّا من الدراية والاطلاع بقضية الصحة النفسية والأمور المُتعلقة بها. أستند في استنتاجي هذا إلى حقيقة أنك في تلك اللحظة تقرأ كتابًا يتمحور حول هذا الموضوع بمحض إرادتك تطوعًا منك.

لكن أيضًا ضع في حسبانك مدى أهمية التوعية بالصحة النفسية في عالمنا المعاصر. لدينا اليوم العالمي للصحة النفسية، والعديد من الدول تخصص أسبوعًا (أو شهرًا) خاصًا بها كل سنة للتوعية بالصحة النفسية. بالإضافة إلى هذا، هناك ما لا يُحصى من الكتب، والمواقع الإلكترونية، والمدونات، والأفلام الوثائقية، وغير ذلك الكثير مما يدور حول هذا الموضوع. وهذا لا يشمل أيضًا المؤسسات الخيرية والمنظمات التي أُنشئَت فقط لغرض مساعدة أبناء مجتمعاتهم في التعامل مع الأمور المتعلقة بالصحة النفسية وزيادة التوعية بهذه الأمور. وظهر أيضًا مشاهير كبار يتحدثون بصراحة عن معاناتهم وصراعاتهم مع الأمراض النفسية. ولذلك، نعم، زيادة التوعية بالصحة النفسية هو أمر مهم للغاية في مجتمعنا الذي نعيش فيه اليوم.

لأكون واضحًا، أنا دون أدنى شك أؤيد هذه الجهود قلبًا وقالبًا. جزء كبير من مسيرتي المهنية يدور حول تحقيق هذه الأهداف تمامًا. لكن ومع ذلك، خذ

(1) وهذا الموضوع الأخير، لسبب ما، كان أحد المواضيع التي درستها بعمق في المستوى الأول لمادة التاريخ.

معي خطوة إلى الوراء واسأل نفسك: ما مدى فعالية هذه الجهود في زيادة الوعي بالصحة النفسية حقًا؟

إحدى الإجابات عن هذا السؤال هي: فعالة جدًا. خلال العَقد الماضي، لاحظت تحولات جذرية في النقاش حول الصحة النفسية. على سبيل المثال، من الشائع الآن كثيرًا أن ترى نقاشًا حادًا وغاضبًا بين شخصين حول ما إذا كانت مضادات الاكتئاب هي إحدى الطرق الفعالة في علاج الاكتئاب، بينما منذ وقت ليس ببعيد، كان من المرجح أن ترى ذلك النقاش حول أن الاكتئاب ليس شيئًا حقيقيًا على الإطلاق. من الواضح إذًا أن حملات التوعية تلك كانت تفعل شيئًا في الاتجاه الصحيح، حتى لو كان ما يزال أمامنا طريق طويل لنقطعه.

ولكن إليك الأمر الأساسي الذي يشغلني: زيادة الوعي شيء عظيم، لكن وعيي بالشيء لا يتحول تلقائيًا إلى فهمٍ له. في معظم الأحيان، تنقل حملات وجهود التوعية رسائل بسيطة، بشكل مدهش، لا تزيد في فحواها، على سبيل المثال، عن: «الاكتئاب أمر حقيقي – أخبر من حولك بذلك». لتوضيح الأمر، هذه الجملة صحيحة تمامًا، لكن لا يزال هناك الكثير من الأشخاص الذين يعتقدون خلاف ذلك. لسوء الحظ، المخ البشري في أغلب الأوقات يكون عضوًا عنيدًا، مما يعني أنك إذا كنت تريد تغيير معتقدات شخص ما، فإن الأمر يتطلب أكثر من مجرد إخبارك إياه بأنه مخطئ.

بالتأكيد يمكنك القول إن هناك الملايين من الأشخاص الذين يقولون إن مشكلات الصحة النفسية هي مشكلات حقيقية بالفعل، وإن الأمر لا يتعلق بقول شخص واحد فقط، وبالتأكيد هذا يجعل الأمر أكثر إقناعًا، أليس كذلك؟ إلى حد كبير. لكن دعني أخبرك بعد ذلك أن هناك أكثر من مليار مسيحي على ظهر الكوكب، والكثير منهم يتحدثون علانية بصوت واضح عن معتقداتهم. ومع ذلك، لا يزال الملحدون موجودين في العالم.

جزء من هذا يرجع إلى حقيقة أن المخ البشري يستجيب بشكل أقوى للتجارب الملموسة الفريزية أكثر من استجابته للمعلومات النظرية المجردة. فأنت يمكنك قضاء أسابيع في تعلم مواضيع مملة تدور حول السياسات الزراعية الأوروبية في القرن السابع عشر، على سبيل المثال، ولا تلبث بعد

ذلك أن تنسى كل ما تعلمته على الفور بعد أن تنتهي من الامتحان. لكنك لن تنسى أبدًا قبلتك الأولى، أو حادث السيارة المروع الذي رأيته. بطريقة مماثلة، يمكنك أن تسمع كثيرًا عن أن مشكلات الصحة النفسية هي مشكلات حقيقية ولا تقبل تلك الحقيقة بصورة كاملة، لكن إذا واجهت أنت شخصيًا مشكلة جسيمة مع صحتك النفسية، ستعرف حينها أن الأمر حقيقي بلا شك.

فكِّر في جميع الأنظمة المعقدة الموجودة في كل مكان في العالم من حولنا، مثل السيارات، والهواتف الذكية، وأنظمة السباكة، والإنترنت، وشبكات الكهرباء، وما إلى ذلك. غالبًا ما نعتمد اعتمادًا تامًّا على هذه الأشياء في حياتنا اليومية، ولكن كم شخصًا منا يعرف حقًّا كيف تعمل أيٌّ من هذه الأنظمة؟ كم شخصًا منا يفكر في الأمر ولو للحظات ونحن نعيش حياتنا اليومية الاعتيادية؟

على الرغم من ذلك، في اللحظة التي تتعطل فيها سيارتنا أو يتوقف مكيف الهواء في منزلنا عن العمل، نهرع حينها إلى جوجل (Google) نسأله عن مكونات سير المزامنة[1]. في محرك السيارة وجهاز تنظيم الحرارة في مكيفات الهواء. نفعل ذلك لأننا الآن نواجه مشكلة، والآن نحن لدينا الدافع لفهم ما الذي يحدث.

هذا أمر منطقي إذا فكرنا فيه قليلًا، فأمخاخنا لديها قَدرٌ محدود من الإمكانات والموارد التي يمكنها أن تستخدمها في كل لحظة، ولذلك فنحن دائمًا ما نولي اهتمامنا للأشياء المُلِحة التي تبدو أكثر خطورة وإثارة عن الأشياء المألوفة والمَوثوقة التي اعتدناها. ولذلك، إذا كان هناك شيء يعمل كما ينبغي له أن يعمل، فإننا لا نشعر بأننا نحتاج إلى أن نعرف كيف يعمل بالتفصيل، فقط نحتاج إلى أن نعرف أنه يعمل.

الفكرة هنا هي أن صحتك النفسية والعقلية هي جزء لا يتجزأ من يومك ومن حياتك ولا تستطيع أن تنفك عنها، وأيضًا أكثر تعقيدًا بكثير من كل الأمثلة التي ذكرتها لك الآن مجتمعة معًا. فهم تعقيدات الصحة النفسية والعقلية يتطلب الكثير من المجهود، ولم يتمكن أحد إلى الآن من الإحاطة بفهمها.

---

(1) سير المزامنة هو عنصر مفصلي في محرك السيارة التداخلي لمنع المكبس من ضرب الصمامات. «المترجم»

ولذلك، من الأرجح أن نتوقع أن معظم الناس سيفضلون عدم التعرض لهذا الموضوع وعدم القلق بشأنه أو التفكير فيه من البداية. إلا عندما تتضرر صحتهم النفسية أو العقلية بطريقة ما، حينها فقط قد يبدؤون بإعارة الأمر بعض الاهتمام كما أوضحنا.

وهذا يقودني إلى نقطة أخرى شائكة عند الحديث عن قضية التوعية بالصحة النفسية والعقلية تلك برُمَّتِها. إذا وافقنا على أن أكثر الطرق فعالية ليصبح الناس واعين بقضية الصحة النفسية والعقلية هي عندما يواجهون تلك المشكلات بأنفسهم -لأن كل البشر لديهم صحة نفسية وعقلية، لكن ليس كل البشر لديهم مشكلات في صحتهم النفسية والعقلية- ففكر معي فيما يلي: واحدة من أكثر الإحصائيات التي يُستَشهَد بها على نطاق واسع في الجهود المبذولة لزيادة الوعي بالصحة النفسية والعقلية هي أن: «كل عام، واحد من كل أربعة أشخاص في المملكة المتحدة سيواجه مشكلة تتعلق بصحته النفسية والعقلية».

واحد من كل أربعة أشخاص.

خمسة وعشرون بالمائة من الشعب!

دعنا نفترض أن هذه إحصائية دقيقة[1]، هذا الرقم يعني أن أكثر من 16 مليون فرد يعانون مشكلات الصحة النفسية والعقلية. كل عام. دون توقف. في المملكة المتحدة وحدها. ربع سكان البلد على دراية تامة بقضية الصحة النفسية والعقلية وكيف يمكن أن تتدهور.

إذا كان الأمر كذلك حقًّا، فلماذا إذًا نحتاج إلى حملات توعية على الإطلاق؟ ولماذا غالبًا ما تكون حملات التوعية تلك نضالًا شاقًّا للوصول إلى الناس؟ ولماذا لا يزال هذا الموضوع غير مفهوم بصورة جيدة، ومن المواضيع المحظورة التي كثيرًا ما تثير الذعر ووصمات العار؟ أقل من واحد من كل أربعة أشخاص يدعم فريق كرة قدم ما. ومع ذلك، فإن كرة القدم منتشرة في كل مكان حول العالم، مع تغطية إعلامية مستمرة على جميع المنصات

(1) هناك اختلاف وجدال حول هذه الإحصائية. لكن لا أحد ينكر أن مشكلات الصحة النفسية والعقلية شائعة للغاية.

الممكنة، ولا أحد يعتقد أنه من الغريب أن أفضل لاعبي كرة القدم يقدَّرون بأموال أكثر من الأموال التي تقدَّر بها الدول الصغيرة.

إذا كان الوعي بالصحة النفسية والعقلية هو كل ما في الأمر، فيجب، قياسًا من الناحية التقنية، أن يكون موضوع الصحة النفسية والعقلية مقبولًا ومرموقًا مثل كرة القدم، وربما نسمع مع ذلك عن تبادل أفضل الأطباء والمعالجين النفسيين بين أفضل المستشفيات حول العالم بأسعار مذهلة.

لا يخفى علينا أن هذا ليس هو الحال، ولذلك هناك حلقة مفقودة عندما يتعلق الأمر بقضية الصحة النفسية والعقلية. هناك الكثير والكثير من العوامل المتداخلة والمتفاعلة في هذا الموضوع، لكنني أود أن أؤكد أن كل هذه العوامل تشير إلى ما قلته للتو: يميل الناس إلى أن يكونوا أكثر خوفًا وشكًّا من الأشياء التي لا يفهمونها. المخ البشري ليس من مُحبي الغموض وعدم اليقين؛ يجد المخ بطبيعته عدم اليقين أمرًا مثيرًا للقلق[1]. وعلى الرغم من أن الوعي بالصحة النفسية والعقلية أمر مفيد وضروري ولا يمكن لأحد أن ينكر ذلك، لا يعني هذا تلقائيًا أن هذا الوعي يساوي بالضرورة فهم ما يتعلق بالصحة النفسية والعقلية.

لأن الصحة النفسية والعقلية غير ملموسة إلى حد كبير وأصعب بكثير في الإحاطة بها مقارنة بالصحة الجسدية، فأنت بحاجة إلى أكثر من مجرد الإصرار على أن مشكلات الصحة النفسية والعقلية أمر حقيقي لتقنع الأشخاص الذين لم يمروا بأي من تلك المشكلات بأنفسهم أن يتعاملوا مع الأمر بجدية كافية. إن توعية الناس بشيء ما ليس سوى جزء واحد من المعركة. على سبيل المثال، الكثير من الناس على دراية بأن الطعام المقلي ضار بالصحة، لكنهم، على الرغم من ذلك، لا يتوقفون عن أكل هذا الطعام. إن الوعي بشيء ما لا يعني تلقائيًا أنك ستفعل أي شيء حياله.

لكن، ربما إذا كان لدى الناس معلومات أكثر قليلًا، ومعرفة أكثر قليلًا، وفهم أكثر قليلًا حول كيف ولماذا تحدث مشكلات الصحة النفسية والعقلية على وجه التحديد، ستزداد حينئذٍ فرصتنا في اعتراف الناس بحقيقة تلك المشكلات وقبولها. هنا يأتي دور هذا الكتاب. هذا الكتاب هو محاولتي لزيادة

«فهم» الناس لما تعنيه الصحة النفسية والعقلية، وليس فقط زيادة الوعي بها. أظن أن هذه محاولة تستحق مني التجربة، على أقل تقدير.

محاولة مني لترسيخ قضية الصحة النفسية والعقلية في شيء ملموس أكثر، في هذا الكتاب سنغطي ماذا يحدث –أو ما نعتقد أنه يحدث، وفقًا للأدلة التي لدينا– في مخ شخص ما، عندما تخذله صحته النفسية أو العقلية. سنُمعِن النظر في مدى سهولة انتشار هذه الظواهر وشيوعها، لنرى لماذا تكون الصحة النفسية والعقلية محل شكوى لكثير من الناس. وحيثما أمكن، سنرى كيف يمكن للناس أن يعانوا إحدى مشكلات الصحة النفسية أو العقلية ومع ذلك يتمكنون من أن يحيوا حياة عادية، لأنه إذا كان واحد من كل أربعة أشخاص منا يتعامل مع إحدى تلك المشكلات، فمن الواضح أن أغلب هؤلاء الأشخاص يقومون بعمل رائع في اندماجهم مع باقي أفراد المجتمع. إنهم يبدون كما لو كانوا أشخاصًا عاديين لا يعانون أي مشكلة. تخيل ذلك!

وتجدر الإشارة هنا أيضًا أن حتى تلك الإحصائية المثيرة للدهشة قد تكون مقلِّلة بعض الشيء من الواقع الحقيقي. بحلول الوقت الذي يصدر فيه هذا الكتاب، سيكون العالم قد عانى جائحة فيروس كورونا العالمي (COVID-19) لأكثر من عام. الإغلاقات العالمية، والعُزلة، والتفسخ الاقتصادي، وتَقَلُّب الأعراف الاجتماعية، والعلاقات الدولية المنهكة، كل هذه ما هي إلا مجرد أمثلة قليلة للأشياء الموَترة للغاية والمُجهدة التي أصابت حضارتنا بشكل مفاجئ. إحدى النتائج المحتملة بشكل كبير لكل هذا، والتي بدأت بالفعل في الظهور في أثناء كتابتي هذه الكلمات، هي الزيادة الملحوظة في مشكلات الصحة النفسية والعقلية، حيث تتغير حياة عدد ما لا يحصى من الناس بشكل جذري، بخطى ثابتة نحو الأسوأ.

وينطبق هذا بشكل خاص عليَّ أنا شخصيًا. في شهر مارس عام 2020، أُصيب والدي البالغ من العمر ثمانية وخمسين عامًا، والذي كان يتمتع بصحة جيدة، بفيروس كورونا المُستَجد. وفي شهر أبريل، تُوُفي. اضطررت جبرًا أن أتعامل مع تلك المأساة المروعة وأنا معزول عن عائلتي وأصدقائي. أكثر تجربة مؤلمة لي في حياتي حتى الآن هي تلك التجربة التي كان عليَّ أن

أتعامل معها بمفردي. هل أثر ذلك على صحتي النفسية والعقلية والعاطفية؟ بلا شك. لا أستطيع أن أرى كيف كان يمكن أن يكون الأمر خلاف ذلك.

لكن معرفتي بعلم الأعصاب وعلمي بالصحة النفسية والعقلية كانت مفيدة لي على الرغم من ذلك. في حين أن تلك المعرفة لم تمنع الوطأة السلبية الشديدة لمثل هذه الواقعة المؤلمة، لكنها ساعدتني في فهم كيف ولماذا يحدث لي ما يحدث لي. وقدم هذا لي نوعًا من الطمأنينة وساعدني على التعامل مع تلك الحادثة والتأقلم عليها. لكن من المُحزن أن الأعداد الهائلة من الأشخاص الذين مروا بما مررت به وبما هو أسوأ منه، ليس لديهم فهمي الحالي والمطمئن لكيفية تأثير كل تلك الأحداث على أمخاخنا وعلى صحتنا النفسية والعقلية. هذا الكتاب هو محاولتي أن أشارككم ما أعرفه، لعله يكون مفيدًا لأي شخص آخر.

أيضًا، على الرغم من الصفعة التي لا يمكن إنكارها التي تعرضت لها صحتي النفسية، فإن صحتي النفسية لا تزال «على ما يرام» إلى الآن. لم أكن بحاجة إلى الذهاب إلى معالج نفسي أو إلى تدخل متخصص من خبراء الصحة النفسية والعقلية. وعلى هذا، فإن هذا الكتاب يتضمن، بالإضافة إلى فهمي المُتمحور حول المخ وكيفية عمله، الرؤى الفردية التي يقدمها لنا الأشخاص الذين عانوا مشكلات عميقة في صحتهم النفسية والعقلية وحظوا على مختلف طرق المساعدة من مختلف الأشخاص بداية من الممثلين والكوميديين إلى كاتبي المدونات الجنسية والمدرسين المساعدين.

في جوهرنا -نحن البشر- نحن كائنات اجتماعية، لذلك غالبًا ما يكون سماعنا لكيف مر الآخرون بالأشياء التي نمر بها، أو حتى كيف مروا بأشياء نحن قلقون حيالها، أكثر فائدة وأكثر طمأنة بكثير من أي سرد خالٍ من المشاعر والعواطف لأي قدر من الأبحاث والأدلة الدقيقة والعلمية. وعلى مستوى شخصي، أعتقد أنه من الضروري بشدة أن يتضمن هذا الكتاب منظور هؤلاء الأشخاص الذين مروا بالأشياء التي أتحدث عنها إذا لم أتعامل معها أنا شخصيًا بشكل مباشر مُطلقًا. وإن لم أفعل ذلك، سأكون واحدًا آخر من أولئك الرجال الذين يعتقدون أن كل ما يقولونه صحيح تلقائيًا لمجرد أنه

رجل أبيض ومتعلم وشريف ومشهور إعلاميًا. ولا أخفيكم سرًّا، لدينا الكثير من هؤلاء الرجال منتشرون في أنحاء البرية يعيثون في الأرض.

الآن، هيا نبدأ حديثنا عن لُب هذا الكتاب وما يحاول تناوله؛ بإلقاء نظرة هادئة وعقلانية على الصحة النفسية والعقلية، وجميع الصعوبات المُرتبطة بهما، في محاولة لزيادة «الفهم» وتقليل الشبهات والوصمات المُحيطة بهذا الموضوع. طريقة منطقية لفهم المشكلات النفسية. منظور منطقي للأمراض النفسية، إذا أردت أن تعبر عنها بهذه الطريقة.

سيوضح هذا عنوان الكتاب قليلًا، على أي حال.

1

الوضع الراهن (حلبة المصارعة)

الصحة النفسية والعقلية. فيمَ كل هذه الضجة؟

ربما تظن أن هذا سؤال جاهل وغبي. إلا أن هذا السؤال هو السؤال الذي يحاول هذا الفصل الإجابة عنه.

خطتي في هذا الكتاب هي أن نلقي الضوء على بعض المشكلات النفسية والعقلية الأكثر شيوعًا وانتشارًا. سوف نستكشف معًا كيف ولماذا تحدث تلك المشكلات، وما الذي يمكننا أن نفعله حيالها، وكيف تعمل تلك الطرق العلاجية المتخصصة في التعامل معها، ولماذا لا تنجح تلك الطرق العلاجية في بعض الأحيان، وسنتحدث عن أي شيء آخر يمكنني أن أزج به في حديثنا المتداخل ليساعدنا في شرح ما هي «القصة الكاملة» وراء قضية الصحة النفسية والعقلية تلك.

لكن قبل أن نبدأ، اسمحوا لي أن أوضح شيئًا *لن أتناوله* في هذا الكتاب.

الكثير من الناس لديهم شكاوى حقيقية وصحيحة حول خدمات الصحة النفسية والعقلية التي تقدَّم في المجتمع. فترات انتظار طويلة للحصول على موعد أو علاج، رسائل متناقضة، اعتماد بشكل مفرط على العقاقير والأدوية، تجاهل في الأسلوب والمعاملة، ويصل الأمر أيضًا إلى انتهاكات واعتداءات ومعاملة سيئة على أيدي الموظفين المنوط بهم تقديم تلك الخدمات. هذه كلها مشكلات حقيقية وصادقة ويجب أن تحظى باهتمام أكبر بكثير مما هي عليه.

على الرغم من ذلك، معظم هذه المشكلات يمكن أن يُلقى بلومها على السياسة أو التيارات الفكرية والأيديولوجيات أو نقص الموارد أو فقط كون البشر مزعجين لمجرد أنهم يستطيعون أن يكونوا كذلك، وهذا مع الأسف أمر شائع بشكل محبط. كل هذه المشكلات تشير إلى تجاهل قضية الصحة النفسية والعقلية وعدم الاهتمام بها، لكنها أبدًا لا تشير إلى أن العلم الكامن وراء الصحة النفسية والعقلية هو علم خاطئ. يشبه الأمر كيف أن شبكة السكك الحديدية في المملكة المتحدة تتعرض للنقد كثيرًا، هذا النقد هو نتيجة لسوء التخطيط والإدارة السيئة؛ ولا يعني هذا النقد أن هندسة الحركة والفيزياء بحاجة إلى إصلاح وتجديد. فهذه مشكلة في التطبيق وليست مشكلة في الفهم.

لذلك من فضلك لا تعتقد أنني أعمى عن هذه الأمور أو أتجاهلها. لكن، وعلى الرغم من أنني قد أتطرق إلى تلك المواضيع عندما تكون لها صلة محددة بحديثنا، فإنها ليست محور هذا الكتاب. أنا ألقي نظري على علم ونظرية الصحة النفسية والعقلية، وليس في الطرق الخاطئة التي تُستخدم بها هذه المعلومات في أغلب الأحوال.

حسنًا، هل هذا كله واضح؟ جميل.

الآن، دعني أبيِّن نقطة أخرى في بداية حديثنا.

نظرًا لحساسية موضوعنا الذي نتناوله، فمن المؤكد نظريًا أنني سينتهي بي الأمر وأنا أقول أشياء هنا -أقدم ملاحظة أو ادعاء- قد يختلف معها بعض الناس، وربما يصل الأمر إلى حد الغضب أو الاستياء الحقيقي مما قلت. لا يسعني هنا إلا أن أؤكد لكم بأن هذا ليس متعمدًا على الإطلاق. آمل أن ألتزم بالمعلومات والأدلة الأساسية التي لدينا، لكنني مجرد شخص واحد، ولدي أطفال صغار والتزامات أخرى. ليس لدي الوقت أو الموارد أو العمر الافتراضي لأستوعب كل المعلومات المتاحة التي أنتجتها البشرية حول الصحة النفسية والعقلية. لذلك، سأغفل عن أشياء بلا شك، أو سأسيء تفسير أشياء أخرى، أو فقط سيخونني فهمي لبعض الأشياء.

الأمر في الحقيقة هو أن الصحة النفسية والعقلية، كقضية وموضوع، كبيرة، ومحيرة، ومخيفة، ومعقدة. وستبقى كذلك إذا حاولت أن تتناولها كلها مرة واحدة. ولهذا السبب أصب تركيزي بدرجة كبيرة على المخ. هذه

طريقة أفضل، أن تجد أحد الخيوط المشتركة وتمسك به، وببساطة، تبدأ في سحب هذا الخيط. وترى إن كان بإمكانك أن تفُك اللغز وتكشف القصة كلها. أو تتعرف فقط على كيفية عمل الوحدات البسيطة للأشياء، وتبدأ في بناء الصورة الأكثر تعقيدًا من هناك.

هذا صحيح، لقد أشرت لتوي للمخ البشري -أكثر شيء معقد في الكون الذي نعرفه قاطبة- على أنه الشيء «البسيط» في قصتنا. من شأن هذا أن يمنحك فكرة جيدة إلى أي مدى يمكن أن تكون قضية الصحة النفسية والعقلية معقدة وشائكة.

وما هذا إلا جزء واحد من المشكلة فقط. نظرًا لكون قضية الصحة النفسية والعقلية معقدة وغير ملموسة وغير موضوعية، هناك الكثير من المناهج والنظريات التي تتناول هذه القضية، ومعظمها لا تتماشى أو تتطابق بعضها مع بعض. يختلف الأطباء النفسيون (Psychiatrists) والاختصاصيون النفسيون[1] (Psychologists) باستمرار حول كيفية التعامل مع الاضطرابات، أو ما إذا كان ينبغي «التعامل معها» أصلًا من البداية على الإطلاق. يشكك النشطاء والمهتمون بالقضية في تكتيكات النشطاء الآخرين المهتمين بنفس القضية ويتنازعون حول أساليبهم. يجادل الممارسون المرضى في آرائهم، والعكس صحيح. يتناقض التصور السائد بين الناس لماهية الصحة النفسية والعقلية بشكل حاد مع الواقع. وغير ذلك الكثير.

ولهذا السبب في الحقيقة أعتقد أن منظوري سيكون مفيدًا. لأنه، وعلى الرغم من أنني لا أمثل بأي حال من الأحوال السلطة النهائية الحاسمة لأيٍّ من جوانب هذه القضية بعينها، فإن تجربتي وخبرتي تضعني في مكان مميز نسبيًا كـ«صاحب الصنائع السبع[2]» (Jake of all trades) للصحة النفسية

(1) ترجمت هنا اختصاصيون نفسيون لمطابقتها للسياق، يمكن ترجمتها أيضًا علماء النفس العياديون. (المترجم)

(2) صاحب الصنائع السبع (أو كما يقولون في مصر والعراق وبعض الدول العربية الأخرى «سبع صنائع والبخت ضائع») يقصد بها الكاتب هنا أنه شخص قطف من كل بستان زهرة فيعرف شيئًا عن كل شيء في المجال. ويطلق هذا التعبير باللغة الإنجليزية على الشخص الماهر ذي المواهب والقدرات المتعددة. (المترجم).

والعقلية، بداية من العلم الأساسي الكامن وراء القضية، إلى الممارسات العيادية، إلى التحدث عن الأمر في وسائل الإعلام.

إذا كان ذلك مفيدًا، فكر في الصحة النفسية والعقلية وتخيلها مثل مهرجان موسيقي، وهذا الكتاب يُعَد تذكرة تسمح لك بالدخول لجميع الحفلات والعروض، بهذه التذكرة لن تتمكن بالضرورة من اكتساب المهارات أو الخبرة المطلوبة لتشارك في العروض الموسيقية بنفسك (والتي هنا في هذا التشبيه تحاكي المهارات والخبرة المتطلبة للإشراف على جوانب مختلفة من الصحة النفسية والعقلية والتي يقوم بها المتخصصون المدرَّبون على التعامل مع تلك الجوانب، أو يتعامل معها الأشخاص الذين يعانون مشكلات الصحة النفسية والعقلية مباشرة)، ولكنك بتلك التذكرة ستتمكن من التجول في جميع منصات المهرجان المختلفة ومشاهدة ما يحدث داخل كل عرض.

مجازفًا بالتمادي أكثر في دفع هذا التشبيه إلى أقصى مما يحتمل، فأنت قبل أن تذهب إلى هذا المهرجان الموسيقي وتستمتع بالعروض، فإنك تقوم ببعض التحضيرات، وبعض التخطيط. تحزم حقائبك، تتفقد حالة الجو، تنصب خيمتك، تتعرف على خارطة المكان، تبحث عن أماكن المنصات ودورات المياه وأكشاك الطعام، وهكذا. تفعل مثل كل تلك الأشياء وغيرها.

وهذا، جوهريًا، هو هدف هذا الفصل الأول. إذا كانت الصحة النفسية والعقلية عبارة عن مهرجان موسيقي، فهذا هو الإعداد: اكتشاف العروض وأين تقع، وتحديد أي منها تود أن تشاهده ومتى. هذا الفصل هو محاولة لتلخيص الفهم الحالي للصحة النفسية والعقلية، بشكل عام.

ما هي كل هذه المناهج والنظريات المتعددة؟ من يعتقد ماذا ولماذا؟ قبل أن نلقي الضوء على اضطرابات بعينها، من المهم أن ننظر إلى الخلفية التي تنشأ فيها هذه الاضطرابات، والتي تُعَرَّف من خلالها.

ربما قد أصب اهتمامي على المخ القابع داخل الجمجمة، لكن المخ تشكِّله بيئته؛ يشكله العالم الذي يوجد فيه. وهذه الحقيقة تنطبق بشكل خاص على الصحة النفسية والعقلية، وعلى فهمنا لها.

الصحة النفسية والعقلية. فيمَ كل هذه الضجة؟

دعنا نبدأ بالأساسيات المطلقة. *ما* هي الصحة النفسية والعقلية؟

بالنسبة إليَّ، الصحة النفسية والعقلية هي الحالة الشاملة لجودة وقدرة وفعالية عقلك (Mind) أو روحك/نفسيتك (Psyche) أو أي مصطلح آخر تفضِّل استخدامه. تمامًا كما يُقال إن الشخص الذي لا يعاني أي علل جسدية ويمارس التمارين الرياضية بانتظام يتمتع بصحة بدنية جيدة، فإن الشخص الذي يتعامل مع جميع المتطلبات النفسية وأعباء الحياة الحديثة دون مشكلات واضحة يُقال إنه يتمتع بصحة نفسية وعقلية جيدة. آمل الآن أن يكون معظم الناس على ما يرام تبعًا لهذا التعريف.

بالطبع الصحة قضية معقدة، فجسد الإنسان يتكون من عظام، وأعضاء، وأنسجة، وأعصاب، وغيرها من المكونات، ولكن عندما نتحدث عن الصحة الجسدية لشخص ما، فإننا عادةً ما نعني الحالة الحالية *لكل هذه الأشياء* مجتمعة كوحدة كلية واحدة.

ومع ذلك، لا يتطلب الأمر أن تختل *كل تلك الأجزاء* حتى تتأثر صحتك. فالتهابات الرئة، وحصوات الكلى، والأزمات القلبية تُعد من المشكلات التي يتسبب فيها جزء واحد فقط من الجسم بالمشقة والعناء، ولكن مع ذلك يُقال للشخص الذي يعاني أيًا من تلك المشكلات إنه يعاني حالة صحية سيئة بشكل عام. النظام الجسدي لدينا كله متماسك ومتشابك ومترابط. صحة أجسادنا وما تتكون منها من أعضاء مثلها مثل الفرسان؛ كل فرد يحارب من أجل المجموعة، والمجموعة تحارب من أجل أفرادها.

تتكون عقولنا كذلك من العديد من العناصر المختلفة، مثل المشاعر، والغرائز، والأفكار، والاستجابات، والتصورات، والافتراضات، والذكريات، والاتجاهات، والمعتقدات، وما إلى ذلك. الصحة النفسية والعقلية -في الأساس- تعبِّر عن مدى جودة تفاعل وعمل كل هذه الأشياء معًا كوحدة كلية واحدة.

إذا كانت هذه العناصر كلها تتأرجح معًا دون أي مشكلات ملحوظة، رائع. ولكن إذا بدأ إدراكك في تخيُّل أشياء غير موجودة لك، أو استمرت ذكريات صادمة أو أشياء لم تحدث بالفعل في الخطور على بالك دون توقف، أو

أظْهَرْتَ مواقف متطرفة غير منطقية أو ضارة، أو أصبحت ردود أفعالك العاطفية تجاه الأشياء شديدة للغاية أو توقفت مشاعرك عن الظهور تمامًا، حينئذ ستبدأ أنت، أو من حولك، في القلق بشأن صحتك النفسية أو العقلية.

لذا، تمامًا كما لدينا جميعًا أجساد وصحة جسدية، فلدينا جميعًا عقول وأنفس وصحة نفسية وعقلية، أليس صحيحًا؟ تبدو هذه نتيجة غير ضارة ومعقولة إلى حد ما.

لكن بالطبع هناك في العالم أولئك الأشخاص المتهكمون والمحرضون الذين يرفضون الأحاديث المتعلقة بالصحة النفسية والعقلية لمجرد التسبب في الإزعاج، أو للفت الانتباه، أو ببساطة لعدم قبولهم حقيقة أن هناك قضية ما لا يعرفون عنها شيئًا. ومع ذلك، فإن الحقيقة هي أنه عندما يتحدث معظم الناس عن «الصحة النفسية والعقلية» سواء كانوا يرفضونها أو يقومون بحملات للتوعية بها، فإنهم عادة لا يقصدون الصحة النفسية والعقلية بشكل عام، ولكن يقصدون فكرة أنك يمكنك أن تعاني، أو تكون عرضة لأن تعاني، صحة نفسية وعقلية سيئة، لدرجة يمكنها أن توقفك عن أن تحيا حياتك بطريقة فعالة بصورة طبيعية.

ببساطة، الأمر لا يتعلق بالصحة النفسية والعقلية، بل *بالمرض* النفسي والعقلي (Mental Illness). هذا ما يشير إليه الناس عند حديثهم. وهذا هو المفهوم الذي يعاني بسببه عدد مثير للقلق من الناس، لدرجة أن هناك عددًا مذهلًا من الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين (Clinical Psychologists)، والمعالجين النفسيين (Therapists)، وغيرهم من المتخصصين في هذا المجال الذين ينكرون أن المرض النفسي والعقلي يُعد شيئًا حقيقيًا في الأساس. سننظر من كثب في هذه الحالة السريالية لاحقًا.

والآن، سيكون القراء دقيقو الملاحظة قد اكتشفوا أن هذه هي المرة الأولى التي أستخدم فيها مصطلح المرض النفسي والعقلي، على الرغم من أن هذا هو ما يهم معظم الناس الذين بدؤوا في قراءة هذا الكتاب. هذا ليس سهوًا، صدقني. سأتحدث باستفاضة عن كل المشكلات العديدة التي تعتري الصحة النفسية والعقلية. لكن هناك أسبابًا تجعلني لا أقول «المرض النفسي

والعقلي» إلا إذا لزم الأمر، وكثير من تلك الأسباب يدخل في صميم معظم الجدالات والخلافات الغزيرة حول قضية الصحة النفسية والعقلية.

إذًا، ما المشكلة في قول «مرض نفسي وعقلي»؟

قد يجد الكثير من قراء تلك الكلمات هذا الأمر مثيرًا للغضب. على أي حال، كم من الأموال والأوقات التي أُنفِقَت على إقناع الناس بأن المرض النفسي والعقلي هو شيء حقيقي ينبغي أن نتعامل معه على محمل الجد؟ وعلى الرغم من ذلك، هأنذا، مدعيًا أنه لا ينبغي لنا حتى التفوه بهذه الكلمة!

إذا كان هذا هو رد فعلك، فأنا أتعاطف معك وأشعر بك. شعرت ذات مرة بنفس الشعور تمامًا. لكن على الرغم من هذا، فقد عرفت منذ ذلك الحين العديد من الأسباب التي تجعل الناس لا يحبون مصطلح المرض النفسي والعقلي، والكثير منها أسباب منطقية. وربما لهذا السبب أصبح من الشائع هذه الأيام أن تسمع مصطلح *الاضطراب* النفسي والعقلي (Mental Disorder) بدلًا من المرض (Illness). لكن مصطلح المرض النفسي والعقلي لا يزال يُستخدَم بشكل منتظم، وهذه مشكلة، بالنسبة إلى الكثير من الناس.

تنبع المشكلة في الأساس من حقيقة أنه لا يمكنك حقًّا مراقبة وملاحظة الصحة النفسية والعقلية لشخص ما. عادة ما يتعين عليهم هم إخبارك بما يدور في رؤوسهم لفعل ذلك. ولهذا السبب، يجب عليهم استخدام اللغة. ولسوء الحظ، فإن استخدام اللغة اليومية لوصف مشكلات معقدة مثل مشكلات الصحة النفسية والعقلية يمكن أن يشبه محاولة إصلاح ساعة بمطرقة مطاطية.

الكلمات لها معان، وإذا استخدمت كلمات ذات معنى خاطئ في المواقف التي تكون فيها الدقة مهمة، فقد يكون لذلك عواقب وخيمة. وينطبق ذلك بوجه خاص في سياق الطب والعلاج: تخيل لو استمرت أجهزة الأشعة السينية (X-Ray Machine) في إظهار البقع الداكنة في رئتي الناس[1]، سواء كان هناك أي شيء في الرئة أم لا. إذا كانت أجهزة الأشعة السينية تفعل

(1) طريقة عمل الأشعة السينية ببساطة هي أنها تُظهِر مناطق داكنة (سوداء) ومناطق مضيئة (بيضاء) للتعبير عما إذا كانت الأشعة قد اعترضها شيء في طريقها أم لا، ولذلك إظهار بقع داكنة دائمًا هي علامة على عدم فعالية ودقة الأشعة. (المترجم).

ذلك، كانت تلك الأجهزة ستُلغى من الوجود قبل أن تعرف عنها أي شيء. لكن لسوء الحظ، مع اللغة، لا يمكنك أن تلغي كلمة واحدة.

بالطبع، لن يمثل معنى الكلمة مشكلة إذا كان الجميع يعرف بالضبط ما الذي تعنيه تلك الكلمة. وكلنا نعرف ماذا تعني كلمة المرض. إلا أنه... هل حقًا نعرف؟

يُعرِّف القاموس الخاص بي المرض (Illness) بأنه «فترة من الإعياء» (Period of Sickness). حسنًا؟ هذا تعريف قد يفي بالغرض. لكن بعد ذلك بحثت عن الإعياء (Sickness)، وعُرِّف على أنه «تجربة أن تكون مريضًا» (The Experience of Being Ill)، وهذه... طريقة غير مجدية نوعًا ما إذا كنت تريد أن تعرف ما الذي تعنيه تلك الكلمات.

ولأن كلمة مثل كلمة المرض مهمة بلا أدنى شك في مجال الطب. في الثمانينيات، حاول البروفيسور مارشال مارينكر[1] التفرقة بين ثلاثة مصطلحات؛ الداء (Disease) والمرض (Illness) والإعياء (Sickness)، وعرَّفهم على أنهم ثلاثة «أنماط منفصلة من حالات انعدام الصحة». وزعم أن الداء هو ذات الشيء المُمرِضة، مثل الفيروس المعدي، والنمو السرطاني، والعواقب التي يسببها، التي تؤدي إلى تغييرات ضارة وتحيد عن الطبيعة البيولوجية. ببساطة، الداء هو الشيء الملموس الفعلي الذي يؤثر على صحة شخص ما. ولهذا السبب، في عالَم علم الأعصاب، تُصاب بداء باركنسون[2] (Parkinson's Disease) أو داء ألزهايمر (Alzheimer's Disease). هذه الأشياء لها سبب بيولوجي معروف يؤدي إلى خلل جسيم في المخ، مما يؤدي إلى أعراض مميزة. ومن ثم، فهي تُعَد *داءً*.

وجادل بأن المرض (Illness) هو التجربة الذاتية التي يمر بها الشخص الذي يصاب بالداء، أو بحالة من الصحة السيئة. قد تكون مصابًا بداء، لكنك تشعر بالمرض. تلك الأحاسيس غير السارة التي تشعر بها لأن جزءًا من جسدك أو عقلك لا يتصرف كما ينبغي -الانزعاج والألم والعجز- هي الأشياء التي تُعرِّف المرض. ومن ثم يمكن أن تشعر بالمرض قبل أن يعرف أي شخص

(1) ممارس عام متمرس ذو خبرة كبيرة ومؤثر، توفي عام 2019.

(2) المعروف أيضًا بداء شلل الرعاش. (المترجم).

ما هي المشكلة التي أصابتك. ببساطة، الأمر متروك لك، كفرد، لتحديد ما إذا كنت مريضًا أم لا، لأنك الوحيد الذي تعرف ما الذي تمر وتشعر به.

وفي النهاية، الإعياء (Sickness)، والذي يراه مارينكر على أنه النمط الخارجي الظاهر العام لحالة انعدام الصحة. الإعياء هو الدور الاجتماعي الذي تحياه كشخص مصاب بداء أو مرض. ما هي الأشياء المتوقعة منك؟ كيف يجب أن يعاملك ويدعمك الآخرون؟ هذا هو سبب حصولنا على شهادة إعياء (Sick Note) من طبيبنا إذا كنا غير قادرين على العمل. غالبًا ما نحتاج إلى اعتماد من قِبل الآخرين لإثبات أننا مصابون بالإعياء. لا يمكننا فقط الإلحاح لنثبت ذلك.

لذلك، في ظل نظام مارينكر، فإن الداء هو المشكلة الصحية الحقيقية ذاتها، والمرض هو إحساسك بها، والإعياء هو الاعتراف بتلك المشكلة من قبل بقية العالم. كل هذا يبدو بسيطًا ومباشرًا نسبيًا. لكن لسوء الحظ، فإن الواقع أكثر تعقيدًا من ذلك.

على سبيل المثال، إذا كان هناك شخص ما يتناول أدوية بانتظام، والتي إن توقف عن تناولها سينتهي به الحال إلى الموت، فهل هو مصاب بالإعياء؟ الكثيرون سيقولون نعم. لكن هذا الوصف ينطبق على مرضى السكر والربو الذين تعيش الغالبية العظمى منهم حياة طبيعية تمامًا. وبالمثل، هل الشخص يكون مصابًا بالإعياء إذا كان مصابًا بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)؟ قبل أربعين عامًا، كانت الإصابة بمثل هذا الفيروس تُعَد حكمًا بالإعدام نهايته حتمًا الموت، لذا كانت الإجابة بوضوح نعم. لكن الآن؟ هناك مجموعة من الأدوية التي يمكن استخدامها مجتمعة لتقلل بشكل ثابت من وجود الفيروس إلى أن يتضاءل وجوده للغاية، مما يعني أن الفرد لا يشعر بالمرض على الإطلاق، ولا يكون عاجزًا بأي شكل من الأشكال. ومع ذلك، لا يزال الكثيرون يصرون على أنهم مصابون بالإعياء.

كل هذا يتعلق فقط بالعلل الجسدية المعروفة. وكما قد تتوقع، فإن نفس هذه المسألة المتعلقة بمن يمكننا أن نصنفه أو ينبغي لنا أن نصنفه على أنه في حالة من الإعياء هي من المسائل الكبيرة المطروحة على ساحات النقاش في قضايا الصحة النفسية والعقلية. ومع ذلك، وحتى إذا كنت لا توافق على

تعريفات مارينكر، يبدو أنها تعكس الكثير من الاستخدام المعاصر لتلك المصطلحات في لغتنا اليومية، ولذلك فهي تُعَد أساسًا مناسبًا للعمل إذا كنت منخرطًا في مجال الطب والعلاج أو ما شابه.

الفكرة هنا، على الرغم من ذلك، أنني يمكنني أن أستفيض وأثرثر حول التعريف الطبي المحدد للمرض كما أريد، لكن كان هذا ليكون مفيدًا فقط إذا لم يَحِد أحدٌ عن هذه التعريفات التي نتحدث عنها. لكن لسوء الحظ، لن يفعل الناس ذلك. كثير من الناس يستخدمون كلمات المرض والإعياء والداء وما إلى ذلك على أنها كلمات مترادفة يحل أحدها محل الآخر. لذا، ولتسهيل الفهم، دعنا نقول إن المرض (Illness) يعني ببساطة ألا تكون بخير (Unwell)، أو أن تعاني صحة سيئة (Experience poor health).

والآن، يرتبط الكثير من الذعر حول مسمى «المرض النفسي والعقلي» بحقيقة أن مصطلح «المرض» مرتبط بشكل كبير وأكثر شيوعًا بالعلل الجسدية، عندما يختل شيء ما بأجسادنا.

ولذلك، فإن هناك الكثير من الناس يشيرون بدأب إلى أن الأمراض النفسية العقلية والأمراض الجسدية لا يختلف أحدهما عن الآخر أصلًا ويجب أن نتعامل معهما على هذا النحو. ربما تكون قد سمعت أشخاصًا يقارنون الاكتئاب بكسر في الساق، على سبيل المثال. أو ربما رأيت تلك الميمات (Memes) التي تستعرض كيف سيكون الأمر إذا عولجت مشكلات الصحة الجسدية كما نعالج مشكلات الصحة النفسية والعقلية. كنا سنجد من ينصح الأشخاص الناجين من حادث سيارة بالذهاب للركض ليحصلوا على بعض الهواء النقي. وسيُطلب من الأشخاص المصابين بالسرطان أو الأمراض الخطيرة أن يتوقفوا عن التظاهر بالإصابة بهذه الأمراض وتخطي الأمر، ونحُث الأشخاص الذين يقعون في قبضة نوبة ربو (Asthma Attack) فقط على تغيير طريقة رؤيتهم للأمور، وما إلى ذلك. جوهر كل هذه الرسائل هو أننا يجب أن نتعامل مع مسائل الصحة النفسية والعقلية كما نتعامل مع الأمور الجسدية، لأنها بنفس القدر من الخطورة.

على الرغم من ذلك، هناك أيضًا من يعارضون بشدة، ويجادلون، لأسباب وجيهة، بأن مشكلات الصحة النفسية والعقلية ومشكلات الصحة الجسدية

ليست متطابقة حقًا من نواحٍ كثيرة، وأن المساواة بين الاثنين يمكن أن يكون لها من النتائج المباشرة والضارة ما لا تُحمد عقباه.

إليكم رأيي في هذه المسألة: هناك مواقف وسياقات يكون فيها قولنا إن المرض النفسي والعقلي مثل المرض الجسدي يمكن أن يكون مفيدًا للغاية، وهناك أيضًا مواقف وسياقات قد يكون فيها قولنا هذا غير مفيد للغاية. نحتاج إلى استخدام أساليب مختلفة في المواقف المختلفة. الضحك بصوت عالٍ على كلمة أصدقاء العريس يوم عرسه أمر محمود. الضحك بصوت عالٍ في مراسم جنازة صديقك ليس كذلك.

دعنا نلقي نظرة أولًا على الحالات التي تكون فيها المساواة بين الصحة الجسدية والنفسية صحيحة.

متى تتشابه الصحة النفسية مع الصحة الجسدية؟

من خلال تجربتي الشخصية، فإن مقارنة مشكلات الصحة النفسية والعقلية بمشكلات الصحة الجسدية والتأكيد على أوجه التشابه بينهما مفيدة، بل ربما ضرورية، عندما نتعامل مع أولئك الذين ليس لديهم، أو بالكاد لديهم، أي فهم أو إدراك لمشكلات الصحة النفسية والعقلية ولا يقبلونها، ولكنهم منفتحون ويقبلون تعلم الجديد. ويبدو أن هذا هو الهدف الجوهري للعديد من حملات التوعية بالصحة النفسية والعقلية.

كما ذكرنا سابقًا، تعد مشكلات الصحة النفسية والعقلية تجارب خاصة وشخصية إلى حد كبير. لا يستطيع الأشخاص الآخرون بسهولة رؤية ما يدور داخل رأسك. لذلك، لإقناع شخص ما بأن مشكلات الصحة النفسية والعقلية هي مشكلات حقيقية ولها عواقب حقيقية، ستحتاج دائمًا إلى وضعها ضمن أطر ومفاهيم ومراجع أكثر مادية وأقرب للأذهان.

وهذا نادرًا ما يكون بسبب تجاهل أو تحيز مُتَعمَّد لعدم التعلم؛ هذه فقط الطريقة التي يتعلم بها المخ البشري. إن فهم الشخص للعالم، بكل ما فيه، وإدراكه له يتكون على مدى سنوات عديدة من نموه وخبرته في التفاعل مع العالم. يُقال إننا نحتفظ داخل رؤوسنا بنموذج عقلي (Mental Model) لكيفية عمل العالم. هذا النموذج يُعد، عمليًا، حصيلة كل المعارف والخبرات

والافتراضات والمعتقدات والتوقعات وغير ذلك من الأشياء، المخزنة في أمخاخنا، والتي نستخدمها لتوجيه وإرشاد قراراتنا وسلوكياتنا. تُحدَّث تلك النماذج باستمرار حيث تُغذى دائمًا بالتجارب والمعارف الجديدة بينما نحيا حياتنا، وذلك لأن المخ البشري لا يتوقف في أي وقت من الأوقات عن العمل مطلقًا.

لذلك، هذا يعني أن قدرتنا على فهم الأشياء تعتمد إلى حد كبير على تجاربنا وخبراتنا الشخصية. إذا بدأ شخص ما في التحدث إليك بلغة لم تسمعها من قبل، فمن البَدَهي أنك لن تفهمه. لكن أمخاخنا تطورت لتبحث عن الأنماط والأشياء المألوفة لها، وبالتالي إذا كانت هناك كلمات أو نبرات صوتية أو طريقة تحدُّث تستطيع أن تميزها، يمكنك البدء في استنتاج بعض المعاني من الأصوات العشوائية التي تسمعها. وينطبق المبدأ نفسه على المفاهيم والمواضيع المعقدة؛ إذا أردت أن تشرح مفهومًا أو موضوعًا معقدًا لشخص ليس لديه سابق خبرة أو وعي به؛ ستحتاج حينئذ أن تعرض عليه هذا الموضوع بطريقة يستطيع بها التعرف عليها وتكون قريبة إلى ذهنه.

على سبيل المثال، كثيرًا ما يقول الناس «المخ البشري مثل الكمبيوتر»، وهذه مقولة لدينا نحن علماء الأعصاب مشاعر مختلطة تجاهها، نظرًا لوجود العديد من الاختلافات الصارخة بين المخ البشري والكمبيوتر. ولكن مهما قلنا أو اعترضنا... ما الشيء الآخر المنتشر حولنا ونستخدمه في حياتنا اليومية والذي يؤدي وظائف معقدة ومتعددة وتتضمن تخزين المعلومات ومعالجتها؟ ستعرف الآن أن مقارنة المخ البشري بالكمبيوتر هي المقارنة البدهية تلقائيًّا إلى حد كبير.

هناك عبارة مشهورة في مجال الطب صاغها دكتور ثيودور وودوارد (Theodore Woodward) في أربعينيات القرن الماضي: «عندما تسمع صوت دقات الحوافر، فكر في الخيول، لا الحمير الوحشية». جوهر الجملة هنا هو أن التفسير الأكثر شيوعًا من الأرجح أن يكون التفسير الصحيح. ولذلك، إذا كان الناس أكثر دراية بالعلل الجسدية والمشكلات الصحية أكثر من العلل والمشكلات النفسية والعقلية، فعند سماعهم كلمات مثل «مرض» أو «لست

على ما يرام» أو غيرها من الكلمات سيفكرون تلقائيًا في العلل والمشكلات الجسدية لا العلل والمشكلات النفسية والعقلية[1].

من الأسهل أيضًا بمكان تمييز المشكلات الجسدية التي يعانيها الآخرون. أجسادنا أكثر وضوحًا وتناسقًا من عقولنا بكثير. إذا كنت أصلع وتبلغ من الطول 170 سم اليوم، فمن المتوقع أنك ستظل على هذا الحال في المستقبل أيضًا.

لذلك، إذا رأيت شخصًا تخرج السوائل من أنفه وفمه، أو ربما يسعل ويعطس بلا هوادة، فأنت تعلم أن هذا لا ينبغي له أن يستمر، وأن هذا الشخص بحاجة إلى المساعدة. يمكنك أن تقول بكل بثقة إن أحدهم تعرض لكسر في الكوع إذا كانت ذراعه تشير إلى الاتجاه الخاطئ، لأن الجميع يعرف ما هو الاتجاه الصحيح الذي يجب أن تشير إليه الذراع.

على الصعيد الآخر، لا ينطبق أي من هذا عادة على مشكلات الصحة النفسية والعقلية. عادة ما تُلاحَظ تلك المشكلات بطريقة غير مباشرة؛ عن طريق الكلمات والسلوكيات والأفعال. الشخص العادي ستكون خبرته أقل بكثير فيما يتعلق بتلك الأمور. على سبيل المثال، إذا رأيت صديقًا لك كان في صحة جيدة منذ أسبوع، وقد أصبح الآن مغطى بالقروح، أو تحول لونه إلى اللون الأخضر، فستفترض (وستكون محقًا) أن صديقك قد تعرض لمشكلة خطيرة.

لكن إذا كان صديقك سعيدًا في آخر مرة قابلته، والآن أصبح حزينًا بشكل ملحوظ، فعلى الأغلب لن تفكر في المشكلة الخطيرة التي قد تعرض لها كما فكرت سابقًا. فعلى كل حال، تتغير الحالة المزاجية للناس طوال الوقت لمجموعة مختلفة من الأسباب، ولذلك فإن الحالة النفسية الظاهرة خارجيًا والمتغيرة لشخص ما بعد عدة أيام نادرًا ما تستحق أن نعلق عليها. بالتأكيد، قد يكون هذا التغيير بسبب اضطراب المزاج (Mood Disorder) أو بسبب

(1) لا أنكر أن هذه المقولة لا تتناسب مع هذا الموقف بالكلية، وذلك لأن مشكلات الصحة النفسية والعقلية شائعة جدًا، ربما تكون منتشرة مثلها مثل مشكلات الصحة الجسدية. الأمر فقط أنها من الصعب جدًا رؤيتها أو ملاحظتها بشكل مباشر. الأمر كما لو كانت الحمير الوحشية منتشرة مثلها مثل الخيول، ولكننا فقط لا نستطيع أن نراها.

بعض مشكلات الصحة النفسية أو العقلية الأخرى. لكن يمكن أن يكون هذا التغيير ببساطة فقط لأنه تلقى مؤخرًا بعض الأخبار السيئة. الشخص يبدو كما هو في نفس الحالة لمن ينظر إليه من الخارج.

حتى المهنيون المُدرَّبون يواجهون الكثير من التحديات لتحديد ما هي المشكلة في الصحة النفسية أو العقلية لشخص ما بدقة، لذلك فإن الأشخاص العاديين سيكون الأمر أصعب عليهم بكثير. هذا شيء من الجيد أن يتذكره جميع الأشخاص الذين يجلسون متكئين على الكراسي ويلقون على غيرهم التشخيصات بكل سهولة ويسر.

بالإضافة إلى ذلك، دعونا لا نغفل القدر الكبير من التاريخ وراء دراسة الأمراض الجسدية مقابل دراسة الأمراض النفسية والعقلية. حتى قدماء المصريين والرومان كان لديهم أنظمة طبية خاصة بهم ونظريات معقدة حول أسباب الأمراض الجسدية. نعم، كانت معظم مفاهيمهم خاطئة بشكل مثير للضحك عند النظر إليها من منظور الفهم الطبي الحديث، لكن من الواضح أنهم لم يواجهوا أي مشكلة في استيعاب مفهوم الصحة الجسدية السيئة. تصور أن وظيفة جسد الإنسان يمكن أن تتعطل، وأن جسد الإنسان يصاب بالخلل بسبب مجموعة متنوعة من العوامل غير السارة والمثيرة للاهتمام هو أمر قُبِل منذ آلاف السنين.

الأمر ليس كذلك بالنسبة إلى الصحة النفسية والعقلية. في حين أنه وُثِّقت بعض الأمراض مثل «السوداوية/الكآبة» (Melancholia) منذ العصور القديمة[2,3]، لم يعرف الناس إلا القليل عن ذلك المرض وبالكاد فعلوا أي شيء حياله لتتعامل معه. في الآونة الأخيرة فقط، عندما زاد فهمنا للعقل البشري بشكل هائل، إضافةً إلى تقدمنا المثير للإعجاب في الحد من العديد من أسباب ضعف الصحة الجسدية أو القضاء عليها، ارتفعت المخاوف المتعلقة بالصحة النفسية والعقلية لتظهر في المقدمة.

بالطبع، مشكلات الصحة النفسية والعقلية ليست اختراعًا حديثًا. لقد كانوا بلا شك دائمًا موجودين جنبًا إلى جنب مع جميع الأمراض الكلاسيكية -كل الجدري والأوبئة والطواعين التي نعرفها- لكنهم إلى حد كبير مروا دون الاعتراف بوجودهم. على الرغم من ذلك، فإنك ترى تلميحات وعلامات لتلك

المشكلات عبر التاريخ: فما قراءات الكف والنبوءات والمس الشيطاني وغيرها إلا أشخاص يرون أو يسمعون أشياء غير موجودة، ويتصرفون بطرق غير عقلانية أو غير منطقية، وما إلى ذلك.

لم يكن لدى الناس في العصور القديمة أي مفردات أو خبرة لوصف مشكلات الصحة النفسية والعقلية أو التعرف عليها، لذلك بحكم العادة شرحوها بمصطلحات روحية أو دينية أو صوفية. فأصبحت الهلاوس (Hallucinations) رؤى إلهية أو نبوءات من الرب، بينما أصبحت السلوكيات الشاذة مسًّا شيطانيًّا، مما يتطلب علاجًا جراحيًّا بسيطًا عن طريق حفر بعض الثقوب في جمجمة الضحية. وإلى اليوم، ما زلنا نسمع عن أشخاص يعانون مشكلات الصحة العقلية ويوصَفون مع ذلك بأنهم «يحاربون شياطينهم».

من الصعب تجاهل كيف لن يكون لهذه الخلفية التاريخية دور في زيادة الوصمة الحديثة والشكوك حول حالات الصحة النفسية والعقلية. قرون من احتمالية التعرض للحرق على الأوتاد أو فتح جمجمتك إذا أظهرت مشكلة نفسية أو عقلية بالتأكيد لن تمر دون أن تترك آثارًا دائمة.

على الرغم من ذلك، فنحن الآن نعيش في عالم أكثر عقلانية وأكثر التزامًا بالعلم، لذلك لم تعد مثل هذه المزاعم الخيالية هي المعيار. بدلًا من ذلك، يعتمد فهمنا العفوي للأشياء على مبادئ الصحة الجسدية، ونتيجة لهذا، نستخدم غالبًا المصطلحات والمفاهيم المتعلقة بالصحة الجسدية لوصف مشكلات الصحة النفسية والعقلية.

النظرة التفاؤلية للأحداث تُرجح أننا نتحرك ببطء إلى نقطة سيُعترَف فيها بقضايا الصحة النفسية والعقلية على نطاق أوسع ودمجها ومصطلحاتها في لغتنا اليومية. أصبحت مصطلحات مثل اليقظة (Mindfulness) والرفاه (Wellbeing) مألوفة الآن للغاية، وغالبًا ما تسمع أشخاصًا يشيرون إلى «الملاعق[1]» (Spoons)، وهي استعارة شائعة بشكل متزايد يستخدمها الناس عندما يتحدثون عن الطاقة المتبقية لديهم لأداء واجبات الحياة اليومية، على سبيل المثال: «ليس لدي ما يكفي من الملاعق لأداء ما يجب عليَّ أداؤه هذا

(1) نظرية الملعقة هي استعارة تُستخدم لوصف كمية الطاقة العقلية أو الجسدية المتاحة للشخص للأنشطة والمهام اليومية. (المترجم)

اليوم». استعارة الملاعق التي صاغتها كريستين ميسيراندينو (Christine Miserandino) في عام 2003 في مقالها «نظرية الملاعق»[4] (The Spoon Theory) يمكن استخدامها من قِبل أولئك الذين يعانون الاستنزاف الجسدي أو النفسي لطاقاتهم ودوافعهم، لذلك فهذا مصطلح مفيد عند الحديث عن الأمور التي تتعلق بالصحة.

على الرغم من ذلك، تظل اللغة المتوفرة لدينا محدودة إلى حد ما عندما يتعلق الأمر بالحديث عن الصحة النفسية والعقلية. لكن ربما يمكننا إنشاء مفردات جديدة بالكلية ونملؤها بالمصطلحات الأصيلة لوصف الصحة النفسية والعقلية وكل ما يرتبط بها، فهذا من شأنه أن يزيل عنا كل الغموض.

ولكن حينئذ ستحتاج إلى تعليم هذه المصطلحات لكل أفراد المجتمع، حتى يعرفوا معانيها. مهمة شاقة، ولكنك إذا لم تفعل ذلك فإن محاولة محاورتهم بمرادفاتك الجديدة سيقلل من فهمهم لما تتحدث عنه ووعيهم به، لن يزيده. لن تستطيع إقناع أو تعليم أي شخص أي شيء إذا بدأت في التحدث معه بمصطلحات متخصصة غير معروفة، ستكون مثل مهندس من *ستار تريك* (Star Trek)، تزيدهم حيرة فقط.

وهناك نقطة أخيرة لصالح مقارنة مشكلات الصحة النفسية والعقلية بمشكلات الصحة الجسدية، وهي النقطة الأكثر وضوحًا. ببساطة، هناك *بالفعل* العديد من أوجه التشابه بين مشكلات الصحة النفسية والعقلية ومشكلات الصحة الجسدية.

كل المشكلات النفسية والجسدية يمكن أن تظهر على هيئة مجموعة من الأشكال المتنوعة لأقصى الحدود. كل المشكلات النفسية والجسدية يمكن أن تكون نتيجة لحادثة صادمة فجائية واحدة، أو تظهر تدريجيًا دون وجود سبب واحد واضح وصريح. كلتاهما يمكن أن تكون مزمنة أو عابرة. كلتاهما يمكن أن تتأرجح حدتها بين حدة خفيفة نسبيًا إلى إعاقة تامة. كلتاهما يمكن السيطرة عليها أو التخفيف من حدتها عن طريق الأدوية المنتظمة أو التدخلات العلاجية الأخرى. كلتاهما يمكن أن تكون لها أعراض تظهر وتختفي، أو تستمر طوال اليوم، كل يوم، أو أي شيء آخر بينهما.

مع ذلك، وعلى الرغم من أوجه التشابه هذه، هناك مأخذ شائع على مقارنة هذين النوعين من المشكلات، وهو أن قضايا الصحة الجسدية توفر قدرًا أكبر من اليقين حول ما يتعلق بها بدرجة أكبر من اليقين الذي يمكن أن نصل إليه في قضايا الصحة النفسية والعقلية، والمقارنة بينهما تنقل بذلك معها توقعات وافتراضات غير عادلة حول مشكلات الصحة النفسية والعقلية.

نعم، غالبًا ما يكون هذا صحيحًا، لكن يجدر بنا هنا أن نتذكر أن الأمراض الجسدية يمكن أن يعتريها هي أيضًا نفس الدرجة من الغموض وعدم اليقين الذي يعتري الصحة النفسية والعقلية. أعرف شخصًا نُقل إلى المستشفى لأنه يعاني ألمًا في بطنه، وقيل له في غضون ساعتين فقط إنه قد يكون مصابًا بالإمساك، أو بمشكلة في المثانة، أو بعدوى طفيلية، أو بحصوات في الكلى. من الشائع ألا يستطيع الأطباء تشخيص حالة مرض جسدي لفترة طويلة جدًّا، أو أن يتغير التشخيص بشكل متكرر كلما جُمعت معلومات أكثر حول حالة المريض[1].

جسم الإنسان عبارة عن نظام معقد بشكل مذهل، ومعظم الأعراض الظاهرة تكون في نقطة بعيدة للغاية عن السبب الفعلي في سلسلة الحوادث المسببة لها، لذا فإن محاولة تحديد سبب الأعراض الجسدية يمكن، في كثير من الأحيان، أن يكون مثل تذوق النبيذ وبناء على طعمه محاولة تحديد مقاس حذاء الشخص الذي دهس العنب.

مما لا شك فيه أنه بالنسبة إلى مشكلات الصحة النفسية والعقلية فهذه المشكلة تكون أكبر بشكل ملحوظ. لكنها مع ذلك لا تزال صفة موجودة بكثرة في حالات الصحة الجسدية. ولذلك، فإن القول بأن حالات الصحة الجسدية دائمًا ما تكون واضحة ومباشرة هو قول غير عادل وغير دقيق.

إذًا، نعم، بشكل عام، هناك العديد من الطرق التي تتشابه فيها مشكلات الصحة النفسية والعقلية ومشكلات الصحة الجسدية بشكل كبير. أضف

---

(1) هذه هي جوهريًّا الفكرة الأساسية التي تُبنى عليها جميع حلقات البرنامج التلفزيوني الشهير *(هاوس، م.د.)* (House, M.D) بطولة هيو لوري (Hugh Laurie)، وهو البرنامج الأكثر شعبية في العالم كله لفترة في أواخر العقد الأول من القرن الحادي والعشرين.

إلى ما ذكرناه حقيقة أن الشخص العادي سيكون أكثر وعيًا بكثير، ولديه خبرة أكبر، بالأمراض الجسدية وبالأفكار التي تُعُرِّف عليها وقُبِلت في معظم تاريخنا المسجل، وستتمكن حينئذ من رؤية أن هناك العديد من المناسبات التي يكون فيها القول بأن مشكلات الصحة النفسية والعقلية ومشكلات الصحة الجسدية هو القول مناسب.

متى لا تتشابه الصحة النفسية مع الصحة الجسدية؟

أما بعد، فهناك العديد من الطرق التي **لا تتشابه** فيها الصحة النفسية مع الصحة الجسدية. هناك اختلافات جسيمة في كيفية حدوث كل منهما، وكيفية عملهما، وكيفية تأثيرهما علينا. ويمكن لهذه الاختلافات أن تكون -وغالبًا ما تكون- بالغة الأهمية.

إذا نظرنا إلى الأمر من منظور معين، فإن القول بأن الصحة النفسية السيئة مثل الصحة الجسدية السيئة هو أقرب إلى القول بأن الضفادع مثل الكلاب. فعلى كل حال، كلاهما حيوان مألوف، ولهما أسماء متشابهة[1]، ولكل منهما أربعة أرجل وعينان وفم. لذا نعم، من المعقول أن نقول إن الضفدع مثل الكلب، وبخاصة إذا وجدت نفسك في موقف سريالي تضطر فيه إلى شرح مفهوم الضفدع لشخص لم ير في حياته قط سوى الكلاب. ومن المحتمل أيضًا حينئذ *أن* تصف الضفادع بأنها كلاب صغيرة مبللة وخضراء.

ولكن إذا اشترى الشخص الذي كنت تتحدث معه ضفدعًا أليفًا بعد حديثكما، وأخذه معه إلى منزله، واحتفظ به في سلة دافئة جميلة وأطعمه من رقاقات بسكويت الكلاب، فسرعان ما سينتهي به الأمر بضفدع ميت، لأنه من حيثيات مهمة وحاسمة، فإن الضفدع *ليس* مثل الكلب، ولا ينبغي معاملته بنفس الطريقة.

الفكرة الجوهرية هنا هو أنه في هذا المثال السخيف، وفي القضية الأكثر جدية وخطورة المتعلقة بمشكلات الصحة النفسية والجسدية، فإن التركيز

(1) في اللغة الإنجليزية كلمة ضفدع (Frog) وكلمة كلب (Dog) يتشابهان في نطقهما. (Frogs & Dogs). (المترجم).

على أوجه التشابه فقط مع تجاهل الاختلافات يؤدي إلى فهم محدود، وإلى عواقب وخيمة أيضًا.

وكما ذكرت، قد يقول الكثيرون إن المرض الجسدي يتبع نسقًا يمكننا التنبؤ به: في البداية يؤكَّد المرض، ثم يقدَّم العلاج (إذا كان متاحًا)، ويتعافى الشخص ويعود إلى طبيعته. هذا هو ما يحدث مثاليًا على الأقل. قد تكون الصورة الحقيقية أكثر تعقيدًا وغير مؤكدة وغامضة، لكن «العلاج» (Treatment) أو «الشفاء» (Cure) هي كلمات شائعة الاستخدام في هذه الحالة. ثمة شيء ما يمكن *إصلاحه*.

ولكن بينما يمكن علاج مشكلات الصحة الجسدية أو إصلاحها في كثير من الأحيان، فإن المشكلات النفسية والعقلية غالبًا ما تتعلق بالتكيف (Adapting) والتأقلم (Coping) والمواءمة (Adjusting) والإدارة (Managing). ويجد بعض الناس طرقًا مختلفة ومثيرة للتأقلم. إليك مثالًا مباشرًا على ذلك، من دان ميتشل (Dan Mitchell) المدرس المساعد والممثل الكوميدي وراوي القصص.

«أجد أن امتلاك كلبة ساعدني للغاية، لأنه في الواقع، الكلاب لا تفهم شيئًا عن الضغوطات أو أي من هذه الأمور المزاجية. كلبتي فقط تريدني أن أكون سعيدًا. هي لا تطلق الأحكام، ولا تفعل أيًا من هذه الأشياء، ومع ذلك يجب عليَّ أن أصطحبها للخارج في نزهة كل يوم. وهذه الأشياء يجب أن أفعلها لأن ليس لها أي ذنب فيما يحدث. أنا ليس لدي أطفال، لكن يمكنني فقط أن أتخيل أن الأمر سيكون شيئًا مشابهًا. فعند إنجاب طفل، هناك شيء أصبح يعتمد عليك، وبالتالي عليك أن تدفع نفسك إلى حد معين. كلبتي بالفعل تساعدني بشكل هائل، وبالإضافة إلى ذلك، هي مسلية جدًا.

يحتاج الكلب إلى أن يصطحبه أحد للمشي. التمشية تحدث بصرف النظر عن حالتي المزاجية. عندما أكون مكتئبًا، لا أريد أن أفعل أي شيء. لكن أخذ كلبتي في نزهة خارج المنزل يشعرني بالإنجاز ولو قليلًا، حتى مع الاكتئاب، وأني قد لا أزال أتخبط لبقية اليوم، لكنني لن أشعر أنني لم أحقق شيئًا. سأشعر أنني فعلت شيئًا على الأقل. وستصبح كلبتي سعيدة ويمكنها بكل سرور أن تستلقي معي على السرير ما تبقى من اليوم إذا رغبت في ذلك، وأنا

لن أشعر بالسوء تجاه ذاتي. سابقًا، إذا حدث ومررت بيوم سيئ مع الاكتئاب، فلن أفعل شيئًا. ثم سأشعر بالذنب حيال ذلك، ولذلك سأحظى بيوم سيئ آخر في اليوم التالي، مما يعني أنني لن أفعل شيئًا مرة أخرى. وهكذا وهكذا، في دائرة لا تنقطع. ليس لديك الدافع لفعل أي شيء، لكنك تشعر بالسوء لأنك لا تفعل شيئًا. هذا الشيء البسيط، أخذ الكلب في نزهة خارج المنزل، يمكن أن يُحدِث فرقًا في اليوم التالي، حتى لو لم يُحدِث فرقًا كبيرًا في ذلك اليوم، يساعد في كسر الدائرة».

هناك العديد من الحكايات المشابهة لحكاية دان حول كيفية كون أحد العوامل الرئيسية في التعامل مع شيء مثل الاكتئاب هو أن يظل الشخص نشطًا، وأن يستمر في أنشطته، حتى لو كان ذلك بطرق رمزية وبسيطة فقط. هذه كلها طرق مفيدة في التعامل مع الاكتئاب، ولكن النقطة المهمة هنا هي أنك لا «تتخلص» بالضرورة من المشكلة؛ كل ما تفعله هو أنك تجد بعض طرق التحايل والتأقلم. ونتيجة لذلك، فإن القول بأن مشكلات الصحة النفسية تشبه مشكلات الصحة الجسدية، واستخدام كلمة «مرض» (Illness) -مما يدفع الناس إلى الظن بأن المشكلات النفسية تتبع نفس نمط المشكلات الجسدية- يمكن أن يوهم بأن مشكلات الصحة النفسية تخضع لدرجة غير حقيقية من اليقين والقدرة على التنبؤ وقابلية الإصلاح، وهي أشياء تفتقر إليها مشكلات الصحة النفسية بشدة.

هذا أمر يدعونا للقلق لأسباب مختلفة. إذا كانت هذه أول مرة لك تتعرض فيها لاضطراب نفسي، ودُفِعتَ للاعتقاد بأن مشكلتك النفسية تخضع لنفس القواعد التي تخضع لها مشكلات الصحة الجسدية، فربما تتوقع «إصلاحًا» لمشكلتك. لكن من شبه المؤكد أنك لن تحصل على «إصلاح» لمشكلتك. إن التعامل مع الصحة النفسية السيئة أمر صعب بما فيه الكفاية، لا نحتاج إلى أن نضفي عليه خيبة أمل وغضبًا ناجمين عن تبدد آمالك وتوقعاتك.

وبالإضافة إلى ذلك ما هو أكثر إثارة للقلق أن إقناع العالم الأوسع بأن مشكلات الصحة النفسية تشبه المشكلات الجسدية يمكن أن يجعل من الأصعب على العالم قبولها، وليس من الأسهل. إذا كنت تعاني شخصيًا من مشكلة ما في صحتك النفسية، فهل سبق لك أن جاءك أحدهم وسألك عما

إذا كنت أصبحت أفضل حالًا بعد؟ أو هل عدت إلى طبيعتك؟ أو تفاجأ عندما دخلت في نوبة (Episode) ثانية؟ أو شعر بالإحباط لأنه اعتقد أنك قد تخلصت من مشكلاتك؟ إذا حدث لك هذا أو حدث لك ما يشابهه، فقد رأيت العواقب السلبية للأشخاص الذين يعتقدون أن الصحة النفسية تخضع تمامًا لنفس الذي تخضع له الصحة الجسدية.

أولئك الذين اضطروا إلى أخذ إجازة من العمل لأسباب تتعلق بصحتهم النفسية سيكونون مدركين تمامًا لكل هذا، ما لم يكن صاحب العمل منفتحًا للغاية ومطلعًا على أحدث ما توصل إليه العلم، وهذا أمر نادر الحدوث بكل أسف. هناك العديد من الحلقات التي يجب عليك القفز من خلالها عند أخذ إجازة من العمل لأسباب صحية، مثل تحديد وقت معين لإجازتك قبل أن تضطر إلى العودة للعمل، أو طلب شهادة إعياء أو أي شيء آخر لإثبات حالتك الصحية. صمِّمَت معظم تلك الأشياء والأمراض الجسدية هي التي في الحسبان. يصعب إدارة مثل هذه الخطوات عندما تكون مشكلاتك الصحية «نفسية» بطبيعتها. إن جعل شخص يعاني مشكلات متعلقة بصحته النفسية يقفز من خلال هذه الحلقات يمكن أن يكون مثل إجبار الدلفين على رعاية قطيع من الأغنام. أمر غير عملي، وغير منطقي، وغاية في الصعوبة، وحتمًا لن يوصل إلى أي شيء.

وإذا كنت تعمل لحسابك الخاص (Self-Employed)، فقد تكون هذه مشكلة كبيرة من نواحٍ مختلفة. وهي تجربة تعرفها الصحفية المستقلة راشيل إنجلاند (Rachel England) جيدًا:

«قد يكون اكتئابي مُنهِكًا للغاية لأنني أعمل من المنزل،[1] *أنا أعمل عملًا حرًّا (Freelance). الاستيقاظ في الصباح يمكن أن يكون تحديًا صعبًا للغاية بالنسبة إلي، لأنني لست مضطرةً إلى الوجود في أي مكان. لست مضطرةً إلى إظهار وجهي في العمل في وقت معين. بالطبع إن أحد متع العمل الحر هي أنك تحدد جدول عملك الخاص كما تحب. وأنا بطبيعة الحال شخصية منظمة ومنضبطة للغاية، لذلك أنا ممتنة لأن حالتي لم تمنعني في الواقع من الالتزام بمواعيد تسليم عملي ومعرفة ما أحتاج إلى القيام به، لكن بالنسبة إليَّ هذا*

(1) وهذا شيء أكثر شيوعًا في الوقت الحالي بفضل الوباء.

يعني أن الفعل البسيط المتمثل في الالتزام بهذه الأشياء يتفاقم بشكل كبير ولا يصبح بسيطًا كما كان.

على سبيل المثال، لدي عميلان أعمل معهما على نحو منتظم، وهما يتوقعان مني تسليمهما أشياء معينة في أوقات معينة خلال اليوم، ودائمًا ما أتمكن من تحقيق ذلك لهما، ولكن هذا يأتي دائمًا على حساب أشياء أخرى. أستيقظ متأخرًا ولا يتسنى لي الوقت لأستحم لأن فكرة الاستيقاظ مبكرًا بعشر دقائق للاستحمام تبدو ضخمة وصعبة للغاية، تحدٍّ يفوق مقدرتي. وتناول الطعام أيضًا، أشعر أنني لا يحق لي تناول وجبة الإفطار حتى أكمل المهام التي أحتاج إلى القيام بها لهذا اليوم.

ثم، بالطبع، كل هذا ينصب متجليًا في تأثير أعنف للاكتئاب، لأنه عندما يحين ذلك الوقت تكون الساعة أصبحت الثانية بعد الظهر وأنا ما زلت جالسة بملابس نومي ولم أتناول أي شيء بعد، ولا شيء من هذا يُفضي لصحة الجسد أو العقل».

الأمر الآخر هو أنك عندما تعاني مشكلة جسدية فأنت تميل إلى البقاء على طبيعتك، على الأقل فيما يتعلق بالتفاعل مع الآخرين. قد تكون مصابًا بنزلة برد تعيسة أو بكسر في الساق أو حتى بمرض غامض، ولكنك يمكنك التحدث عن هذا المرض كشيء منفصل عنك، وعادة ما يكون الاتصال الاجتماعي، حيثما أمكن ذلك وكنت آمنًا، بمنزلة إلهاء مُرحَّب به عن مشكلاتك الصحية. ومن ثم فالمستشفيات لديها ساعات للزيارة.

لكن مشكلات الصحة النفسية يمكنها أن تؤثر على سلوكك وتفاعلك مع الآخرين. في أفضل الحالات، يكون الحفاظ على التفاعلات الاجتماعية الطبيعية أمرًا شاقًا للغاية، وعندما تصبح في خِضَمِ سوء صحتك النفسية يكون الأمر أكثر تكلفة.

المشكلة هي أننا نحن البشر نضع للعادات والتقاليد والمجاملات الاجتماعية وزنًا كبيرًا، لذلك عندما يبدأ شخص ما في التصرف بشكل مختلف تجاهنا، وبخاصة إذا كان الاختلاف سلبيًّا، فقد يكون هذا مزعجًا للغاية وقد يسبب ضررًا دائمًا للعلاقة. إنها لحقيقة محزنة أن الشخص الذي يعاني مشكلة تتعلق بالصحة النفسية يحتاج دائمًا إلى المزيد من الدعم والتعاطف أكثر من

أي وقت مضى، ولكن من المفارقات أننا مع تقديم هذا الدعم والتعاطف يمكن أن نشعر في كثير من الأحيان أنه يُقابَل وكأنه عمل روتيني لا نستحق الشكر عليه، لأن الشخص الذي يحتاج إليه ليس قادرًا في الوقت الحالي على مكافأتنا أو شكرنا أو الاعتراف بما نفعله كما قد نتوقع عادة. وبالتالي، يمكن أن تتوتر العلاقات وتتعرض للخطر، في الوقت الذي تكون فيه العلاقات أهم ما يمكن.

وهذا شيء يتردد صداه بشكل خاص على الكاتبة والممثلة أميليا ستابرفيلد (Amelia Stubberfield)، التي تعد التسامح مع الآخرين وتحملهم آلية تكيف ضرورة ماسة بالنسبة إليها...

«لقد شُخِّصتُ بالعديد من التشخيصات، مثل الاكتئاب (Depression)، والقلق (Anxiety)، وآخر تشخيص كان اضطراب ثنائي القطب (Bipolar Disorder). بالنسبة إلي، الشيء الرئيسي الذي أعانيه هو أن الصوت الناقد الداخلي لدي جسيم. لديَّ سرد داخلي ثابت لا ينقطع داخل رأسي، وهو ليس مجرد سرد ناقد، ولكنه في الواقع ساخر ومتنمر وسلبي للغاية. أعتقد أن هذا هو الذي يؤثر، كما يمكنك أن تتخيل، على كل شيء. أظن أن مشكلتي هي هذا الناقد الداخلي وهذا الصوت المستمر الحاد هو الذي يقودني إلى محاولة الهروب من مشاعري بالتحايل بطريقة ما للابتعاد عنها. والذي، مما لا شك فيه، لا يكون حلًا حقيقيًا، ومن ثم يؤدي بك ذلك إلى القلق.

لقد حظيت لفترة لبعض العلاج التحليلي المعرفي[1] (Cognitive Analytic Therapy) المفيد للغاية، حيث اكتشفت أنه بسبب تجاربي الحياتية المبكرة، والتي مررت فيها بأشياء ساحقة للغاية، فأنا تقريبًا ما أكون دائمًا في حاجة إلى أن يتعامل الآخرون مع مشاعري ويتحملوها نيابة عني، وذلك لأنني أشعر أنني لا أستطيع أن أفعل ذلك. لكن من الواضح أنه لا يمكن لأحد أن يفعل ذلك من أجلك. أعتقد أن الحيلة الدفاعية (Coping Mechanism) التلقائية والمسببة للمشكلات تلك التي طورتها هي أنني

(1) العلاج التحليلي المعرفي (سي إيه تي CAT) هو شكل من أشكال العلاج النفسي محدود الوقت. تطور بداية في المملكة المتحدة في سياق الخدمة الصحية الوطنية بهدف توفير علاج نفسي فعال وبتكلفة معقولة يمكن تقديمه بشكل واقعي في نظام للصحة العامة محدود المصادر. (المترجم).

أحتاج دائمًا إلى الاعتماد الشديد على مصدرٍ خارجي للتصديق على مشاعري للاطمئنان، والذي ربما قد يفسر امتهاني للتمثيل.

لقد تمكنت من تكوين بعض الصداقات المتينة والحفاظ عليها؛ علاقات مع أولئك الأشخاص الذين يمكنني الاتصال بهم فجأة لأقول لهم: «لدي مشكلة، أحتاج إلى المساعدة»، ويتمكنون بالفعل من الوجود بجواري حينئذٍ. هذا هو عادة الشيء الذي يجعلني أستمر؛ الشيء الذي يجعلني أعبر الأزمات. من المهم جدًّا بالنسبة إليَّ وإلى سلامتي النفسية أن أحصل على ذلك، وأعتقد أن هذا أمر متبادل مع أصدقائي. لكنني محظوظة للغاية بذلك، وكان من الممكن أن تكون حياتي على خلاف ذلك إذا لم ألتقِ بالأشخاص المناسبين».

هذا مجرد مثال واحد على كيف يمكن أن تشكل تفاعلاتك مع الآخرين، إيجابيًّا وسلبيًّا، جانبًا أساسيًّا وحيويًّا من جوانب الصحة النفسية.

إن افتراض أن مشكلات الصحة النفسية تشبه المشكلات الجسدية غالبًا ما يتجاهل تمامًا احتمال أن يفكر الشخص المصاب أو يتصرف بشكل مختلف عن عادته، وبالتالي يمكن أن يُفاجأ الناس ويضايقهم أو يحبطهم ذلك، مما يجعل الأمور أسوأ عادة[1].

ومع ذلك، وفي حين أن كل هذه المآخذ على مقارنة مشكلات الصحة النفسية بالصحة الجسدية صحيحة، فإن هناك نقطة تصل إلى جوهر الكثير من الجدل والصراع الحديث حول مجال الصحة النفسية. كيف يمكنك أن تتأكد حقًّا عندما يكون شخص ما ليس على ما يرام أو مريضًا نفسيًّا؟ لأنه قبل أن تعالج شخصًا ما من مشكلة صحية، من المهم التأكد من إصابته بها بالفعل. لا أحد يقوم بجراحة قلب مفتوح «فقط من باب الاحتياط».

---

(1) إذا أردت قراءة ملخص مصاغ بصورة رائعة وأكثر إيجازًا عن المشكلات التي يقع فيها الأشخاص الذين يخلطون بين مشكلات الصحة النفسية والجسدية، راجع مقال *الجارديان* الاستثنائي لهانا جين باركنسون (Hana Jane Parkinson) بعنوان: «الأمر لا يشبه كسر الساق إطلاقًا» : لماذا سئمت من النقاشات حول الصحة النفسية والعقلية.» ("It's nothing like a broken leg»: why I'm done with the 'mental health conversation'). مقالة شديدة اللهجة إلى حد ما، وعاطفية، ومفجعة في بعض الأحيان، لذا تأكد من أنك في الحالة العقلية والمزاجية المناسبة للتعامل مع ذلك قبل القراءة.

عندما نتحدث عن المشكلات الجسدية، يمكن أن يكون الأمر واضحًا: فيروس، ورم، تشوه، تمزق ناتج عن إصابة، كسر في العظام، وما إلى ذلك. هذه كلها أشياء يمكننا اكتشافها و/ أو مراقبتها مباشرة، وبالتالي تأكد أن صحة الشخص معرضة للخطر. وحتى إذا كنا لا نعرف بالضبط ما هو السبب الجذري للمرض الجسدي، فإن الأعراض غالبًا ما تكون واضحة. نحن نعلم كيف يجب أن تعمل أجسادنا وكيف يجب أن تبدو، لذا فإن أي تغييرات حادة، وبخاصة إذا تسببت في الألم وعدم الراحة، تدق ناقوس الخطر.

لكن لا توجد جرثومة الاكتئاب أو فطر القلق. لا يمكن أن يكون لديك فرط نشاط الغدة ثنائية القطب. العقل البشري أكثر مرونة وتنوعًا وقابلية للتغير من الجسد البشري. وإنه أيضًا، كما تعلم، غير مرئي. نادرًا ما يعبِّر العقل البشري عن نفسه بطرق تظهر تحت المجهر.

إذًا، كيف يمكنك أن تحدد ما إذا كان هناك خطب ما في حالة أحدهم النفسية أو العقلية؟

لنكون منصفين، في بعض الأحيان يمكن أن يكون الأمر واضحًا للغاية. قد يعاني شخص ما مشكلات نفسية وعقلية منهكة ومزعجة بشكل واضح، إلى الحد الذي لا يستطيع فيه تمامًا التفكير أو التصرف أو العمل بشكل طبيعي، وربما يعرض نفسه و/أو الآخرين للخطر نتيجة لذلك. هذا بالتأكيد يمكن أن يحدث، ويحدث بالفعل.

ولكن من الشائع جدًّا أيضًا أن يعاني شخص ما مشكلة في صحته النفسية ويجعلها تمر دون أن يلاحظها أحد لفترة طويلة، حتى ربما دون أن يلاحظها هو نفسه. إذا قبلنا الإحصائية التي تقول بأن واحدًا من كل أربعة أشخاص يعاني مشكلة مشكلات الصحة النفسية والعقلية، فمن الواضح أن معظمهم يأخذون صورًا تجعلهم يمرون ويندر أن يلاحظهم أحد.

بالتأكيد هناك مدى لشدة مشكلات الصحة النفسية (Spectrum of Severity)، ومن المهم بالنسبة إلينا أن نعرف ما إذا كان يجب التدخل، أو متى يجب التدخل، لتقديم المساعدة والدعم. إذًا، عند أي نقطة نقول إن شخصًا ما قد انتقل من حالة نفسية جيدة إلى حالة نفسية سيئة؟ أين نرسم هذا الخط الفاصل؟

في حين أن هذا يبدو وكأنه سؤال بسيط ومباشر، إلا أنه نادرًا ما يكون كذلك. إنه أحد الأسئلة الذي يجيب عنه العديد من الجماعات المختلفة بالعديد من الأجوبة المختلفة، الكثير منها متضارب ومتعارض، مما يعني أنه لا يوجد إجماع جازم على مثل هذه المسألة المهمة.

هناك من يصر على أنه حتى الانحرافات الطفيفة جدًّا عن الأداء العقلي الطبيعي تستدعي التدخل الطبي. هناك من يصر على أن «الأداء العقلي الطبيعي» هو مفهوم لا معنى له على الإطلاق، لذلك لا يوجد ما يبرر التدخل الطبي أبدًا. وهناك مواقف مختلفة بين هذين النقيضين المزعجين على حد سواء.

أوضح المناهج هو، بشكل مدهش ربما، هو النهج الرياضي (Mathematical Approach). قد يبدو من الغريب استدعاء الرياضيات في مجال الصحة النفسية والعقلية، لكن هذا ليس محالًا. غالبًا ما يستخدم هذا النهج في علم النفس الحالات غير الطبيعية (Abnormal Psychology)، وهو تخصص مكرس لدراسة الأنماط غير العادية للفكر والسلوك والعواطف، ومن ثَم بوضوح ينطبق على الصحة النفسية والعقلية كثيرًا.

ببساطة، إذا قمت بتعيين قيمة عددية، أو درجة، لصفة أو نوع من السلوك، فيمكنك حساب المتوسط (Average)، والنتيجة «الطبيعية» للمجتمع الذي تدرسه[1] (Population)، وأي شخص لديه درجة بعيدة جدًّا عن هذا المعيار، أو المتوسط الحسابي (Mean)، يُقال إنه غير طبيعي، على الأقل فيما يتعلق بالشيء الذي يُقاس.

أفضل مثال على هذا هو نسبة الذكاء[5] (IQ). متوسط نسبة الذكاء لأي مجتمع هو 100. دائمًا. هذه هي الطريقة التي يعمل بها الأمر. هناك الكثير من العمليات الحسابية المعقدة في ذلك، ولكن إذا أجريت اختبار ذكاء وحصلت على درجة تبعد 30 نقطة عن الـ 100 (أي درجة أقل من 70 أو أعلى من 130)، يكون لديك معدل ذكاء غير طبيعي، وهذا بسبب الطريقة التي يختلف

(1) كلمة Population أو «مجتمع» هي كلمة تطلق على المجتمع الذي يحاول أن يدرسه العالِم. (المترجم)

على أساسها توزيع نسبة الذكاء داخل أي مجتمع معين[1]. فإذا تمكنت من رصد وتسجيل سمات وجوانب أخرى للصحة النفسية والعقلية بهذه الطريقة، فمن المفترض أن تُجري حسابات مماثلة.

فوائد هذا الأسلوب هو أنه، من الناحية النظرية، لا تخلطه الأحكام أو الأيديولوجيات. إنها مجرد أرقام. الحصول على نسبة ذكاء أقل من المتوسط أمر غير طبيعي تمامًا مثل الحصول على نسبة ذكاء أعلى من المتوسط. وعلى الرغم من أنك قد تكون قادرًا على المجادلة بشأن تقييم إنساني شخصي لحالة ما، فمن الصعب الجدال مع عملية حسابية. الأمر واضح كما هو. اثنان زائد اثنين يساوي دائمًا أربعة بغض النظر عن شعورك تجاه الرقم أربعة.

على الجانب السلبي، فإن هذا النهج محدود للغاية. غالبًا ما يكون من الصعب، إن لم يكن من المستحيل، تطبيق قيمة عددية وكمية على خصائص الصحة النفسية. ما هي درجة الحيوية الخاصة بك؟ ما هي النسبة المئوية للقلق لديك؟ على مقياس من واحد إلى خمسين، كيف تقيِّم إحساسك بالضجر؟ كم تزن دوافعك؟ من الصعب بما فيه الكفاية القيام بذلك مع المشكلات الجسدية، مثلما يُطلب من المرضى دائمًا تقييم آلامهم على مقياس من واحد إلى عشرة، وذلك لأنه لا يوجد حاليًّا طريقة أفضل للأطباء لقياس انعدام الراحة الجسدية لشخص ما.

على الرغم من الجهود المستمرة لفرض قيم رقمية منتظمة على طريقة تفكير الناس وتصرفهم، لا سيما في عالم الشركات، فإن المخ البشري ببساطة لا يخضع لتلك الألاعيب. إنها مثل محاولة الإمساك بالضباب.

علاوة على ذلك، وبينما لا ينبغي لهذا أن يحدث من الناحية الفنية، إلا أنه كانت هناك في الماضي العديد من الحالات التي أثرت فيها الأيديولوجيات والتحيزات العرقية بشدة على مثل هذه الاختبارات. في أوائل القرن العشرين، كانت هناك حالات مشهورة وسيئة السمعة في الولايات المتحدة لاختبارات نسبة الذكاء التي تشير إلى أن العديد من المهاجرين والبالغين ذوي الدخل المنخفض لديهم معدلات ذكاء منخفضة بشكل مريع، واستُخدِمَت هذه

(1) للمزيد حول ذلك انظر كتاب «المخ الأبله» للكاتب نفسه، الفصل الرابع، تحت عنوان «تعتقد أنك ذكي، أليس كذلك؟». (المترجم)

النتائج لتبرير مجموعة من السياسات الإقصائية والقمعية. لم تكن المشكلة في نسبة ذكاء الأشخاص المنتمين لخلفية عريقة أو خصائص سكانية معينة على الرغم من ذلك. كانت المشكلة في الاختبارات ذاتها، تلك التي أُنشئتْ على نحو ثابت من قِبل الرجال البيض الأثرياء ذوي الخلفيات المميزة التي تسمح لشخص ما بالعمل في مجال العلوم في أوائل القرن العشرين. تضمنت الاختبارات أسئلة تطلب من الشخص التعرف على أشياء مثل ملاعب التنس والمصابيح الكهربائية، هذا النوع من الأشياء التي لم يسمع عنها الفقراء في عام 1910 على الأرجح، ناهيك برؤيتها؛ الاختبارات كانت تحمل التحيز في ثناياها.

من الواضح أن هناك حاجة إلى مناهج أخرى عندما يتعلق الأمر بتحديد متى يكون شخص ما في حالة نفسية سيئة رسميًّا.

ربما يكون ذلك عندما يعاني الشخص إجهادًا حقيقيًّا وعدم ارتياح بسبب ما يدور في ذهنه؟ ينطبق هذا على الأشياء التي يجدها الناس منهكة للغاية، مثل الاكتئاب والقلق. ورأينا سابقًا أن الطب يميل إلى التفكير في المرض بعَدِّه تجربة غير موضوعية وشخصية للحالة الصحية السيئة للفرد. جوهريًّا، يمكن للأشخاص الذين يكونون في حالة نفسية سيئة أن يقولوا «أنا بحاجة إلى المساعدة»، وحينئذ نعلم أن هناك خللًا ما.

إلا أنه ليس من السهل غالبًا طلب المساعدة من أجل المشكلات النفسية والعقلية. يحمل الأمر الكثير من المخاطر في مجتمع لا تزال فيه وصمة العار متفشية ومنتشرة، لكن المشكلات الناجمة عن التعبير علانية بأنك بحاجة إلى المساعدة تختلف عن إدراكك أنك بحاجة إلى المساعدة.

ربما تكون المشكلة الأكبر في هذه الطريقة هي أنه في العديد من الحالات لا يدرك الأشخاص الذين يعانون مشكلات الصحة النفسية والعقلية أن هناك أي شيء خاطئًا. وعينا هو جانب من جوانب قدراتنا العقلية على أي حال، وإذا تعرضت قدراتنا العقلية للخطر بطريقة ما، فقد يكون وعينا معرضًا للخطر كذلك. غالبًا ما ينكر الأشخاص المصابون بالخرف (Dementia) بشغف ويقين وجود أي خلل في ذاكرتهم، حتى في أثناء تحدثهم إلى أحد أفراد أسرتهم المقربين وهم لا يستطيعون التعرف عليه. الأشخاص الذين

يتعرضون للضلالات والهلاوس باستمرار لا يدركون أن هذا هو ما يحدث. لقد كانوا يثقون في حواسهم طوال حياتهم. ما الذي يدعوهم ألا يثقوا فيها الآن؟

في مثل هذه الحالات، هناك طريقة أخرى تتمثل في تقييم ما إذا كان سلوك الشخص سلوكًا غير تكيفي (Maladaptive Behavior)، بمعنى أنه غير مفيد أو ضار. يمكن أن يعني هذا أن يكون السلوك مضرًا لصحة الشخص المصاب نفسه، وغالبًا ما يوصف حينذاك بأنه غير قادر على التكيف بيولوجيًا (Biologically Maladaptive): الحالة المزاجية السوداء، أو عدم وجود دافع كما في الاكتئاب، أو نوبات الهلع (Panic Attacks) التعجيزية المصاحبة للقلق، أو شخص في قبضة جنون الارتياب (Paranoia) ويؤذي نفسه، أو في حالة هوس (Mania) ويمارس سلوكيات متهورة بحثًا عن الإثارة والتي قد تؤذيه أو تقتله، وما إلى ذلك. في كل حالة من هذه الحالات حدث تغيير ما، وهذا التغيير يؤثر على صاحبه سلبًا، لذلك يمكن عده غير قادر على التكيف من الناحية البيولوجية.

من ناحية أخرى، يمكن أن تكون التغييرات التي تطرأ على الصحة النفسية أو العقلية لشخص ما تغييرات غير تكيفية *اجتماعيًا* (Socially Maladaptive) -ضارة بالآخرين، أو بالمجتمع بشكل عام- مثل المدمن الذي يرتكب الجرائم ليجلب الأموال لتعاطي المخدرات، أو شخص لديه ميول عدائية مناهضة للمجتمع (Sociopathic Tendencies) يؤذي الآخرين باجتهاد لأنه لا يرى أي سبب لئلًا يفعل ذلك. بشكل عام، المنطق المُتبع هنا هو أنه إذا تغير سلوك شخص ما أو حالته النفسية أو العقلية بطريقة تثبت أنها ضارة لنفسه أو للآخرين، دون وجود سبب منطقي واضح وملموس، فيمكن حينئذٍ تأكيد أن الشخص يعاني صحة نفسية سيئة.

وهكذا، قد تكون الحالة النفسية أو العقلية لشخص ما غير طبيعية إحصائيًا ورياضيًا، وقد تتسبب لهم في الإجهاد و/أو إعاقة حياتهم، وقد تؤدي إلى تصرفهم بطرق ضارة، لأنفسهم أو لمن حولهم، دون سبب وجيه؛ ضع كل هذه الأشياء معًا، وقد تعتقد أن هناك مجموعة مناسبة من المعايير لتحديد ما إذا كان يعاني الفرد مشكلة نفسية أو عقلية. وفي كثير من الأحيان، ستكون محقًا.

يُحدَّد المرض الجسدي من خلال المعايير الجسدية، والمعايير الجسدية لا تتغير. جسد الإنسان مستقر وثابت نسبيًا. درجة حرارة جسم المواطن الروماني كانت 37 درجة مئوية، تمامًا مثلنا. والنوبة القلبية في القرن الثالث عشر هي نفس النوبة القلبية اليوم. نحن على دراية كبيرة وكافية بالوظيفة الطبيعية لجسد الإنسان، وبالتالي يمكننا أن نكون متأكدين تمامًا مما إذا كان هناك خطأ أو خلل ما، في أثناء أو بعد حدوثه.

لا يمكننا قول الشيء نفسه عن الصحة النفسية. مشكلات الصحة النفسية تُقاس بالمعايير النفسية؛ بمعايير التفكير والسلوك والعقائد. ويمكن لهذه المعايير *أن* تتغير، وبسرعة كبيرة أحيانًا. هذه المعايير مفاهيم اجتماعية، والمجتمعات في حالة تغير وتقلب مستمر. وهذا يؤدي إلى قدر كبير من الالتباس وانعدام التناسق والتناقض، مما يجعل من الصعب تحديد ما هي الصحة النفسية السيئة.

فكر فيما يلي: إذا كان هناك شخص يشرب سمًّا بدأب وعن قصد، وهذا السم يسبب ميلًا إلى العنف ويضر بوظائف المخ، ولا يرى هذا الشخص أن هناك أي مشكلة فيما يفعله، فهل هو على ما يرام نفسيًا وعقليًا؟ حسب المعايير التي وصفتها، لا، ليس على ما يرام.

ما لم يكن هذا المشروب هو الكحول، في هذه الحالة لا بأس. هذا سلوك طبيعي.

إذا كنت تتحدث باستمرار إلى كائن فضائي غير مرئي يُدعى زوبو، والذي تقول إنه يتتبعك أينما ذهبت، فمن المفترض أن تكون مصابًا بالهلاوس والأوهام. لكن استبدل بزوبو الإله، كائن خارق غير ملموس ومسؤول عن الوجود بأسره، لا بأس بذلك. هنا أنت لا تفتقر للصحة النفسية؛ أنت متدين. سوف يمدح الناس ورعك. افعل ذلك لمدة كافية وقد يسمحون لك بالعيش في الفاتيكان ويعطونك قبعة كبيرة.

وبالنسبة إلى العديد من أولئك الذين ينتقدون المناهج المعاصرة لتناول قضايا الصحة النفسية، هنا تكمن المخاوف والمشكلات. المعايير التي نستخدمها للحكم على من هو سليم نفسيًا ومن هو غير سليم نفسيًا لينة جدًّا،

ومرنة جدًّا. من الذي سيقول لنا إن ما نعده اليوم مقبولًا ومفيدًا وممارسة سليمة لن يُدان ويشوه غدًا؟

من المهم عدم إغفال مثل هذه المسائل. نحكم على صحة الأفراد النفسية والعقلية بناءً على الأعراف الاجتماعية، لكن المجتمع فوضوي ومليء بالبلبلة. قد ترى التغطية السائدة أو الحملات المنطلقة في فضاء الإنترنت وتَخلُصُ إلى أن الجميع منتعشون ومنفتحون على مسائل الصحة النفسية والعقلية ومتوافقون عليها الآن، لكن مشاركة الميمات[1] (Meme) الإيجابية على الإنترنت لا يعني بالضرورة قبول الأمر على مستوى المجتمع. لا يزال هناك العديد من المنازل والمجتمعات المحلية التي بالكاد تُعَد فيها الصحة النفسية موضوعًا يُعترف به، ناهيك بالوصول لقبوله. نتيجة لذلك، أي فرد ينشأ في مثل هذه البيئات ويعاني مشكلة في صحته النفسية أو العقلية سيكون لديه الكثير من التحديات والعوائق لمواجهتها.

بصورة واسعة، المجتمع ككل أبعد ما يكون عن الكمال. التحيز الجنسي (Sexism)، على سبيل المثال، لا يزال مشكلة كبيرة، مشكلة لها عواقب كثيرة على الصحة النفسية والعقلية. تاريخيًّا كانت النساء أكثر المتلقين للجراحات الفصية المخية[2] (Lobotomies)[6]. كلمة «الهستيريا» العالمية والتي تعني المشاعر الجامحة أو المفرطة، مشتقة من المصطلح اليوناني لكلمة الرحم، لأن الهستيريا كانت تعد شيئًا لا يمكن أن تمر به سوى النساء. نعم، قبل بضعة قرون، كان يُعتقد أن الهستيريا تحدث عندما ينفصل الرحم بطريقة ما عن مكانه ويتجول في جسد المرأة، مما يتسبب في خلل واضطراب[3].

(1) الميم هو مصطلح يقصد به فكرة أو تصرف أو أسلوب ينتشر من شخص لآخر داخل ثقافة ما غالبًا بهدف نقل ظاهرة معينة، أو معنى معين متمثلًا في الميم. (المترجم).

(2) الجراحة الفصية هي نوع من أنواع العمليات الجراحية التي تُجرى على فصوص المخ لعلاج بعض المشكلات والاضطرابات النفسية. (المترجم).

(3) للتوضيح: الأعضاء الداخلية في جسد الإنسان لا تفعل هذا أبدًا مطلقًا.

ربما تكون قد سمعت أيضًا مصطلح الشبق[1] (Nymphomania)، وهو عندما يكون الشخص لديه احتياج لا يمكن السيطرة عليه لممارسة الجنس. لكن الشبق تشخيص لا يُعطى إلا للنساء فقط. كان المصطلح المكافئ للذكور يسمى الشبق الرجالي (Satyriasis)، لكن هذا المصطلح لم يدخل في الاستخدامات الشائعة للغتنا. أراهن أنك لم تسمع بهذا المصطلح من قبل. لما لا؟ أحد التفسيرات المحتملة هو المعايير الثقافية المزدوجة للمجتمع. امرأة تريد الكثير من الجنس؟ هذا أمر غير مألوف، لا بد أنها مريضة وتحتاج إلى تدخل طبي! رجل يريد الكثير من الجنس؟ هذا ليس مرضًا. إنه يوم الخميس. هذه هي الأعراف والقواعد.

نحن الآن نستخدم مصطلح فرط الشهوة الجنسية (Hypersexuality) لكلا الجنسين، والرغبة الجنسية والإثارة تختلف بين الأفراد بطريقة أكبر بكثير من اختلافها بشكل عام بين الجنسين. ولكن هذا لا يزال مجرد تطور حديث، ولا تزال الافتراضات التلقائية مفادها أن الاحتياجات والدوافع الجنسية للرجال تختلف اختلافًا جذريًا عن الاحتياجات والدوافع الجنسية للنساء.

وبالمثل، فإن الاعتقاد السائد بأن المرأة جانحة في عواطفها وانفعالاتها، وأن الرجل رزين بطبعه، يضر بكليهما. مفهوم أن الرجال لا بد أن يتحلوا دائمًا بالجمود والقوة ولا يظهرون أي عاطفة يُعتقد أنه عامل كبير في ظاهرة الذكورة السامة (Toxic Masculinity)، وواقع أن الانتحار هو سبب رئيسي لوفاة الشباب في المجتمعات المتقدمة[7]، حيث لا «يُسمح» للرجال بالتعبير عن مشاعرهم.

جاي كيلي (Guy Kelly) ممثل وكوميدي كتب برامج حول هذه القضية، ولديه بعض الآراء الصارمة حولها.

«أعتقد أن السبب الذي يجعل الصحة النفسية والعقلية للذكور غالبًا ما تُتَجاهَل ولا تُشَخَّص جيدًا وعادة ما تؤدي إلى المشاجرات في الحانات

(1) شَبَقٌ: رَغْبَةٌ جِنْسِيَّةٌ قَوِيَّةٌ للجِماعِ. شَبِقَ أحدهم: إِشْتَدَّتْ شَهْوَتُهُ الجِنْسِيَّةُ لِلْجِمَاعِ. – مجمع المعاني الجامع. ويقابله الآن في لغتنا مصطلح فرط الشهوة الجنسية للذكور والإناث (المترجم).

والانتحار هو أن المشاعر يُنظر إليها على أنها «أشياء تمتلكها النساء». يقول المجتمع: «المرأة مختلفة. لديها مشاعر. الرجال رجال. لديهم الجنس».

هذه ازدواجية لا يمكنك تخطيها. لا تريد المرأة ممارسة الجنس. يُمارَس الجنس مع المرأة. الرجل ليس لديه مشاعر إلا إذا كان رخوًا للغاية. إنه تغيير يجب أن يحدث في المجتمع بأسره. تغيير لتلك الجمل مثل «الرجال لا يبكون. الأولاد لا يبكون. كن رجلًا. تصرف كالرجال». والمرأة على الصعيد الآخر لديها عكس ذلك: المجتمع ككل لديه إجماع مشترك على أن «المرأة عاطفية. لا يمكنها إبقاء عواطفها تحت السيطرة». لا، الأمر فقط يتعلق بكونهم نشؤوا ليكونوا أكثر انفتاحًا على مشاعرهم. تلك الانفعالات التي كانت تصدر عن هذا الدونالد ترامب السخيف، إذا كانت قد صدرت من امرأة، كان ذلك ليكون في العلن «أوه. ما هذه المرأة الهستيرية!».

وأنا ما زلت مدانًا بهذا أيضًا. أنا أكثر قربًا عاطفيًّا مع صديقاتي الإناث عن أصدقائي الذكور. لقد حاولت. أتواصل معهم، وأعبر عن مشاعري، لكنني ما زلت أشعر براحة أكبر عندما أتحدث مع النساء. يمكنني فقط أن أعطي بقدر ما آخذ. يمكنني أن أجري حوارات عاطفية وعميقة مع أصدقائي الذكور، لكنهم ليسوا الأشخاص الذين أتحدث معهم بصورة يومية.

هذا غريب ومحزن بنفس القدر من الحزن الذي ينجلي من أن العالم خسر خلال كل تلك المئات من السنين التي أفنيت في خسارة كل تلك العالمات الإناث. من يستطيع أن يخبرني بمدى حساسية وعاطفية بعض أصدقائي الذكور. لدي صديق أعرفه منذ أن كنت في الثالثة من عمري. كنت الوصيف[1] في حفل زفافه، وكان الوصيف في حفل زفافي. لا أعتقد أننا حظينا في أي وقت مضى بمحادثة من القلب إلى القلب.

بالتأكيد هذه مسؤوليتي بقدر ما هي مسؤولية أي شخص آخر، لكنك بطريقة ما مُتضمَنٌ في صميم هذه الأفكار. إذا كانت ضفاف النهر قد تآكلت بطريقة معينة، فسيجد النهر صعوبة في الانجراف في مسار آخر».

---

(1) وصيف العريس (أو إشبين العريس) هو أحد الحاضرين الرجال المُرافقين للعريس في حفلة زفافه، عادةً ما يُختار الوصيف من قِبل العريس نفسه، ويكون غالبًا من أصدقائه أو الأشخاص المُقربين له. (المترجم).

هناك العديد من العوامل الثقافية والاجتماعية الأخرى التي تؤثر على فهمنا للصحة النفسية، ولكنك فهمت قصدي. عود على بدء، ربما يكون السبب الأكثر أهمية الذي يجعل الكثيرين يعترضون على مصطلح المرض النفسي هو أنه إذا وُصِفَ شيء ما بأنه مرض، فهو، بحسب التعريف، شيء فيه خلل، شيء لا ينبغي أن يحدث، شيء يحتاج إلى الإصلاح.

ومن ثم، عندما تشير إلى مرضٍ نفسي أو عقلي، فقد تتسبب في حدوث سوء تفاهم، وتقدم توقعات وافتراضات غير حقيقية وغير مفيدة، بل وقد تؤكد أن هناك مشكلة ما في حين يمكن ألا تكون هناك أي مشكلة. لأنه ربما يكون المجتمع هو المخطئ بشأن كيف يجب أن يتصرف الشخص ويفكر، وليس الشخص نفسه.

ببساطة، إذا كانت الأعراف والتوقعات الاجتماعية التي نقيس الناس عليها تتغير كثيرًا، فمن له الحق في تحديد ما إذا كان شخص ما على ما يرام نفسيًّا أم لا؟

هذا ليس سؤالًا بلاغيًّا؛ إحدى الإجابات الواضحة ستكون الأطباء. في هذه الحالة، الأطباء النفسيون (Psychiatrists) على وجه التحديد. أليس هذا هو الغرض الأساسي من الطب؛ تحديد متى لا نكون على ما يرام، والقيام بشيء حيال ذلك؟

لحسن حظنا جميعًا تقريبًا، لم يلقِ الطب والعلم نظرة على المشكلات المتعلقة بالصحة النفسية والعقلية واستسلموا بعدها. على العكس من ذلك تمامًا. لقد أقروا في الغالب بكل هذه القضايا وبذلوا قصارى جهدهم لدمجها أو إفساح المجال لها عند بحثهم في كيفية عمل الصحة النفسية والعقلية ومحاولتهم اكتشاف أفضل الأساليب للتعامل مع العديد من المشكلات التي تنشأ عنها. لذا من فضلك لا تعتقد أن كل من يعمل مع مشكلات الصحة النفسية والعقلية هو مجرد شخص «يجرب حظه». لا شيء يمكن أن يكون أبعد عن الحقيقة من هذا.

وعلى ذلك، فهناك علاقة معقدة بين العلوم الطبية والصحة النفسية والعقلية، وهي علاقة من الأهمية بمكان التعرف عليها بينما يتطور وعينا بقضايا الصحة النفسية والعقلية.

إيجابيات وسلبيات المنهج الطبي للصحة النفسية والعقلية

ما الفرق بين الطبيب النفسي (Psychiatrist) وأخصائي النفسي / عالم النفس (Psychologist)؟

نعم، تبدو كلمات متشابهة، لكن كلمتي ضفدع وكلب كذلك[1]. ودعنا لا ندخل في ذلك مرة أخرى.

عندما تعمل في هذا المجال، قد يكون من المدهش أن تدرك أن الكثير من الناس لا يعرفون الفرق بينهما. كنت أشرف على برنامج ماجستير في الطب النفسي، وكان العديد من المتقدمين يقولون إنهم حصلوا على درجة في علم النفس (Psychology) لأنهم أرادوا أن يصبحوا أطباءً نفسيين (Psychiatrists). كان الأمر محرجًا دائمًا، فالآن يجب عليَّ إخبارهم بأنهم ارتكبوا خطأً فادحًا.

لا أقصد أن أقول إنك إن أردت أن تصبح طبيبًا نفسيًّا هي فكرة سيئة[2]. أعني فقط أن الطبيب النفسي، في المملكة المتحدة والولايات المتحدة على أقل تقدير، يجب أن يكون طبيبًا بشريًّا (Medical Doctor)، شخصًا درس في كلية الطب، ومؤهَّلًا لممارسة الطب. إذا كنت قد حصلت على درجة علمية في علم النفس بدلًا من ذلك، فلا يمكنك أن تكون طبيبًا نفسيًّا. هذه هي القوانين.

هناك أسباب وجيهة لذلك. الأطباء هم الذين عالجوا سوء الحالة الصحية لقرون عديدة، لذلك عندما اعتُرِفَ (أخيرًا) بالاضطرابات النفسية على أنها قضايا صحية مشروعة، دُمِجَت بالضرورة في النظام الطبي القائم. لكن الأمر ليس مجرد مسألة «هذه هي الطريقة التي سارت بها الأمور» فحسب، هناك العديد من الأسباب العملية الأخرى التي تجعل الطبيب النفسي لا بد له من أن يكون طبيبًا بشريًّا مؤهلًا.

في المقام الأول، يحتاج الأطباء النفسيون كثيرًا إلى وصف أدوية قوية وفعالة، مثل مضادات الذهان (Antipsychotics)، ومضادات

---

(1) كما ذكرنا سابقًا كلمتي (Frog) و(Dog) كلمتان متشابهتان في النطق في اللغة الإنجليزية. (المترجم).

(2) على الرغم من أنني قابلت بعض الأطباء النفسيين الذين لن يعترضوا على هذا.

الاكتئـاب (Antidepressants)، وغيـرهم. لا ينبغي إعطاء الأدوية النفسية (Psychoactive Medications) مجانًا لجميع من يطلبون الخدمات النفسية في أي مكان، مثل الحلوى على المثلجات. يجب ألا تكون الأدوية النفسية في قبضة أحد سوى المدربين المحترفين، تمامًا كما يجب ألا يقود الطائرة أحد سوى الطيارين. ستحتاج إلى فهم شامل لعلم وظائف الأعضاء البشرية إذا كنت ستصف الأدوية النفسية التي لها العديد من التأثيرات البيولوجية الجسيمة.

هناك أيضًا مسألة أخرى كنت أتجنبها إلى الآن فقط لتبسيط الأمور. جوهريًّا، مشكلات الصحة الجسدية والنفسية ليست متعارضة ولا يستبعد بعضها بعضًا، بل على العكس تمامًا من ذلك، فهما تسيران يدًا بيد، طوال الوقت.

يؤثر المخ على الجسد ويؤثر الجسد على المخ، وأي مشكلة تحدث لأحدهما تنتشر إلى الآخر باستمرار. يمكن أن يؤدي هذا إلى الإصابة المرضية المشتركة (Comorbidity)، حيث تحدث أمراض أو مشكلات صحية مختلفة في نفس الوقت، غالبًا لنفس السبب. من المؤكد أن جسد الإنسان وعقله لا يعملان بسياسة «دخول واحد، وخروج واحد[1]» عندما يتعلق الأمر بسوء الحالة الصحية.

ولكن بدلًا من الكائنات الناقلة للعدوى أو الإصابات، غالبًا ما تكون مشكلات الصحة النفسية والعقلية ناجمة عن الصدمات النفسية من أحداث الحياة المؤلمة و/أو المواقف أو الظروف المجهدة للغاية. لذلك، ليس من الغريب على الإطلاق أن الأشخاص المصابين بالسرطان أو الخرف المزمن ينتهي بهم الأمر أيضًا بالتشخيص بالاكتئاب باستمرار[9]. علمك بأنك مصاب بمرض فتاك أو مرض عضال لا علاج له يعَد من أحداث الحياة الصادمة، وكذلك التعامل مع تلك الحقيقة على نحو يومي.

---

(1) سياسة دخول واحد، وخروج واحد (One in, One Out System) أو سياسة دخول فرد وخروج آخر هي سياسة تُستخدم للسيطرة على عدد الأفراد في مكان أو مبنى واحد في أي وقت محدد. (المترجم).

هناك أيضًا عامل أن مشكلات الصحة النفسية والعقلية يمكن أن يكون لها أسباب جسدية، والعكس صحيح. بالإضافة إلى الأحداث الصادمة والإجهادات النفسية، ترتبط العديد من الاضطرابات النفسية أيضًا بعوامل فيزيائية مثل الجينات والمواد السمية والتوازنات الكيميائية الداخلية وما إلى ذلك. ومن ثم، من المفيد جدًّا أن يكون لديك شخص على دراية بالصحة الجسدية عندما يتعلق الأمر بعلاج الصحة النفسية والعقلية. يأخذون في حسبانهم المزيد من المتغيرات، ويقومون بفحص تاريخي مطوَّل، ويعرفون جميع الاختبارات المتصلة بالحالة، ويعرفون خيارات العلاج المتاحة، وما إلى ذلك.

لذا، نعم، تدريب الأطباء النفسيين بشكل شامل على الصحة الجسدية والنفسية ليصلوا إلى أفضل ما يمكن أن يصل إليه أي فرد في الإلمام بكلا الموضوعين يمكن أن يكون نهجًا مفيدًا، وغالبًا ما يكون ضروريًّا.

أصبح هذا ممكنًا من خلال حقيقة أن الطب قد حقق تقدمًا واسعًا منذ أيام حفر الثقوب في الجماجم. قرون طويلة ثرية بتقارير الحالات الطبية والدراسات والأبحاث وما إلى ذلك، وكلها تعمل على تحسين وتوسيع معرفتنا بالصحة النفسية والعقلية. وهذه المعرفة المتراكمة متاحة بسهولة لمن يحتاجون إليها، ولا سيما أولئك المكلفين بمعالجة قضايا الصحة النفسية والعقلية. عندما يتعلق الأمر بالتعرف على اضطرابات الصحة النفسية والعقلية وتقييمها وتشخيصها، فإن نظامي التصنيف الرئيسيين اللذين يستخدمهما اختصاصيو الرعاية الصحية النفسية والعقلية هما الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية[9] (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (المعروف أيضًا باسم الـ DSM(1)) والتصنيف الدولي للأمراض[10] (International Classification of Diseases) (المعروف أيضًا باسم الـ ICD(2)).

هاتان وثيقتان مميزتان أنتجتهما هيئتان مختلفتان، ولكن كليهما يقدم تفاصيل شاملة ومستفيضة حول جميع المظاهر المعترف بها رسميًّا والمفهرسة لاختلال وظائف الصحة النفسية والعقلية. هناك قدر كبير من

---

(1) ينطق (دي إس إم). (المترجم).

(2) ينطق (آي سي دي). (المترجم).

التداخل بينهما، كما قد تتوقع (وتأمل). كلاهما مفصل للغاية وضخم جدًا، نظرًا لأنهما يغطيان جميع الاضطرابات المعترف بها في العلوم الطبية، مع ملاحق إضافية لتغطية القضايا التي قد تكون مشكلة ولكنها لا تزال قيد الدراسة. كلاهما يُستخدم على نطاق واسع في السياقات المهنية. ومراعاة لكل من البحث العلمي المستمر والمعايير الثقافية المتغيرة التي تحدثنا عنها سابقًا، يُراجَع كلاهما ويُحدَّث بانتظام، ليعكس فهمنا المتطور للصحة النفسية والعقلية بفضل الأبحاث، والتقارير الإكلينيكية، وما إلى ذلك.

في وقت كتابتي لهذا الكتاب، فإن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM في نسخته الخامسة، DSM-5، بينما التصنيف الدولي للأمراض ICD في إصداره الحادي عشر، ICD-11.

في الواقع، يعد التصنيف الدولي للأمراض (ICD) في أغلبه نظام تشفير، ففيه يُعطى كل اضطراب مجموعة محددة متسلسلة من الرموز لتُمكِّن الأطباء من معرفة ما الذي يتعاملون معه بالتحديد. استَخدم التصنيف الدولي للأمراض في نسخته التاسعة (ICD-9) نظام تشفير رقمي مكون من خمسة أرقام، والذي سمح بوجود نحو ثلاثة عشر ألف رمز لاضطرابات معينة. كان التحديث إلى الإصدار العاشر من التصنيف الدولي للأمراض ضروريًا عندما أدركوا أن هذا لم يكن كافيًا. يحتوي التصنيف الدولي للأمراض في نسخته العاشرة (ICD-10) على نظام تشفير رقمي أبجدي جديد يسمح بما لا يقل عن ثمانية وستين ألف رمز![1]

يُظهِر هذا كيف تَوسَّع فهمنا في مجال الطب بشكل كبير في السنوات الأخيرة حيث تحتوي القائمة الرسمية الحديثة للاضطرابات، كما يُزعم، على خمسة أضعاف التشخيصات مقارنةً بالإصدار السابق.

---

(1) هذه الرموز ليست كلها مخصصة لاضطرابات الصحة النفسية والعقلية بالطبع، فالتصنيف الدولي للأمراض يحوي جميع المشكلات الصحية، لذا فإن معظم هذه الرموز ستكون مخصصة لعدد أكبر من المشكلات الجسدية. لكن على الرغم من ذلك، فإن مدى رموز الصحة النفسية والعقلية يمتد الآن إلى أكثر من 300 رمز، مع وجود العديد من الأنواع والفئات الفرعية لهم، وهذا لا يزال يمثل توسعًا ملحوظًا.

ومع ذلك، في حين يتداخل الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM) والتصنيف الدولي للأمراض (ICD) إلى حد كبير، فإن هناك أوجهًا رئيسية يختلفان إزاءها. وهاتان الوثيقتان تحددان في الأساس مدى الرعاية والنصح الطبي الذي يتلقاه ملايين الأشخاص، لذا فإن مثل هذه الاختلافات مهمة.

يجب أن أذكّركم هنا بأنني بشكل شخصي لست ممارسًا أو طبيبًا نفسيًا، لذا فإن ما يلي يستند في مجمله على دراستي وبحثي الخاص، وليس على أي خبرة في استخدام هذه الأنظمة في البيئات المهنية أو العيادية، وهذا يمكن أن يُحدِث فرقًا كبيرًا في كيفية تناولهما والنظر إليهما.

يُنتَج الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM) من قبل الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association)، بينما تنتج منظمة الصحة العالمية (World Health Organization - WHO) التصنيف الدولي للأمراض (ICD). يركز الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية على الصحة النفسية والعقلية فقط، بينما يغطي التصنيف الدولي للأمراض جميع المشكلات الصحية المعروفة، محتويًا على قسم خاص بالصحة النفسية والعقلية.

يتضمن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM) وصفًا مفصلًا للاضطرابات النفسية لمساعدة الأطباء على التعرف عليها والتعامل معها. بينما التصنيف الدولي للأمراض (ICD) يتمحور بشكل أكثر حول تعيين رمز محدد لاضطراب ما عند التشخيص، وهذا أمر رائع للفهرسة وجمع البيانات وفواتير تكاليف العلاجات، ولكنه ليس مفيدًا بالتحديد عندما تريد معرفة ما يجب فعله حيال الاضطراب عندما يُشخَّص بالفعل.

بناءً على ذلك، قد تفترض أن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية يوفر نظامًا أكثر فائدة. فقد أُنتَج من *قبل الممارسين العياديين (Clinical Practitioners)* من *أجل الممارسين العياديين*، وهو أكثر تفصيلًا فيما يتعلق بكيفية التعرف على الاضطرابات والتعامل معها، وله نطاق أضيق، من حيث أنه يركز فقط على مشكلات الصحة النفسية والعقلية بدلًا من مشكلات الصحة بشكل عام. في الواقع، يذعن العديد من المعالجين النفسيين إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية لتلك الأسباب.

ومع ذلك، فإن التصنيف الدولي للأمراض له العديد من المزايا أيضًا. فهو من أعمال منظمة الصحة العالمية؛ مكون بناءً على بيانات مُجمَّعَةٍ ومُتراكمة من 196 من الدول الأعضاء. كما أنه متعدد اللغات وتنتجه منظمة غير هادفة للربح -لذا فهو مجانيٌّ في الحصول عليه ومجاني في استخدامه- بهدف مساعدة جميع البلدان، ولا سيما البلدان النامية، في التعرف على عبء المشكلات الصحية لدى سكانها وبالتالي التقليل منها. ويمكن أيضًا أن يُكَيَّف، ويحدث هذا بشكل منتظم، مِن قِبل الدولة التي تستخدمه ليناسب نظام الرعاية الصحية الموجود لديها بشكل أفضل.

على النقيض من ذلك، يُنتَج الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية من قبل منظمة أمريكية، لذا يتخلله ميول ثقافية حتمية. ويكلف المال -أُصدِرَت النسخة الخامسة منه (DSM-5) بتكلفة 199 دولارًا- وبالتالي، فإنه يولد إيرادات للجمعية الأمريكية للطب النفسي.

لكن هذا الإصدار الأخير أثار الكثير من الجدل لأسباب أخرى. اعترض الكثيرون على كيف انخفضت فيه بشكل ملحوظ معايير التقييم لما يستدعي تشخيصًا طبيًّا[11]، فأشياء مثل نوبات الغضب عند الأطفال[12]، أو الأسى (Grief) عند الكبار[13]، موجودة الآن في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، وبالتالي تُعد اضطرابات نفسية، بدلًا من أن تكون تعبيرات عاطفية طبيعية للإنسان في أثناء نموه أو عند حداده.

وكما هو الحال دائمًا، فإن التفاصيل والخصائص الدقيقة لهذه الإضافات الجديدة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية أكثر تعقيدًا ودقة من العديد من تلك الحجج الحماسية، فلا يزعم الدليل أن كل نوبة غضب أو تجربة أسى تتحول تلقائيًا إلى مشكلة صحة نفسية. هذا بعيد كل البعد عن الحقيقة.

لكن مع ذلك، فقد أُجريَت مثل تلك التغييرات على معايير التشخيص. يؤكد مؤيدو نَهْجِ وروحِ الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والمسؤولون عنه أن هذه التغييرات ضرورية لمعالجة القصور والانحرافات في الفهم الحالي لمشكلات الصحة النفسية والعقلية والعلاجات المرتبطة بها، وللتعامل أيضًا مع الضرر الذي يمكن أن تسببه مثل تلك القصور والانحرافات.

هناك بالفعل حجج قوية لهذا الادعاء يجب أن نعرضها هنا: على سبيل المثال، غالبًا ما كان يُنظر إلى نوبات الغضب المفرطة لدى بعض الأطفال كدليل على إصابتهم باضطراب ثنائي القطب (Bipolar Disorder) ويستخدَم ذلك لوصف أدوية قوية للطفل للتهدئة من تلك النوبات. الآن، بإضافة اضطراب محدد يتعلق بنوبات الغضب، لم يعد هذا ضروريًّا.

يرى البعض أن هذه التغييرات والتوسع في التشخيصات ترحيب واعتراف بتفشي وانتشار مشكلات الصحة النفسية والعقلية في عالمنا اليومي. بينما يعتقد آخرون أن هذه التغييرات تنم عن شيء أكثر خبثًا، كتلك التأثيرات غير المقبولة لمصالح الرأسماليين (أعني شركات الأدوية بالتحديد) على التصنيفات والمعايير المستخدَمة للاضطرابات النفسية والعقلية، وذلك بفضل مشاركتهم الكبيرة في نظام الرعاية الصحية في الولايات المتحدة. فالتغييرات الجديدة ستؤدي منطقيًّا إلى تشخيص المزيد من البشر باضطرابات نفسية وسيحتاجون بذلك إلى الأدوية ليعالجوها، وسيدر هذا الأرباحَ لتلك الشركات نفسها.

ولأسباب مفهومة، يدق هذا ناقوس الخطر عند الكثيرين. ربما تكون قد سمعت عن قضية إضفاء الطابع المَرَضِيّ (Medicalization) على السمات البشرية الطبيعية: هذا هو ما يحدث هنا، حيث يُجلَب المزيد والمزيد من الأشياء الطبيعية نسبيًّا تحت مظلة المشكلات الصحية الرسمية، حتى يتسنى لنا «علاجها». قد يكون الدافع وراء هذا هو الربح، أو السعي خلف الراحة، أو الرغبة في ضمان الخضوع. هذه أحد الأشياء المثيرة للقلق بشكل مستمر، ويجب توخي الحذر منها، وبخاصة في ضوء المشكلات السابق ذكرها المتعلقة بتعريف ما الذي يعد وما الذي لا يعد اضطرابًا نفسيًّا أو عقليًّا.

هذا ليس نقدًا حصريًّا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية. الزيادة الكبيرة في عدد الاضطرابات المحتمَلة التي يتضمنها التصنيف الدولي للأمراض كان يُنظر إليها بشكل مشابه على أنها دليل واضح على وجود دافع لتصنيف المظاهر الطبيعية للتنوع البشري على أنها مشكلات طبية. ربما قد تُوافِقُ على هذا الاستنتاج. أو قد تَقبَلُ أنه من الأرجح أن ذلك يرجع إلى إصلاحٍ في نظام التصنيف. إن وجود أكثر من خمسة

أضعاف عدد الاضطرابات في الإصدار الأخير من التصنيف الدولي للأمراض مقارنة بالإصدار السابق له يشير بقوة إلى أن الأمر لا يتعلق فقط بتوسيع تعريف ما الذي يعد اضطرابًا.

لكن هذا لا يعني أن القلق بشأن الإفراط في إضفاء الطابع المرضي (Over-Medicalization)، أو عبِّر عنه كما تشاء، على الأنشطة الطبيعية للبشر غير مشروع. في عام 1989، نشر الباحثان ستيفين ومكمانس (Stefan & McManus) دراسة[14] استُبْيِن فيها طلاب الطب عن أي الوعكات يعدونها أمراضًا. من المثير للاهتمام، أن الذين كانوا في السنة الخامسة من التدريب الطبي كانوا أكثر سخاءً في إطلاق مسمى المرض عن أولئك الذين كانوا في السنة الأولى أو الثالثة في كلية الطب. ببساطة، أشارت الدراسة إلى أنه كلما زاد تدريب الشخص في المجال الطبي، زاد احتمال عدِّه أي وعكة (Ailment) داءً (Disease).

إحدى نتائج هذه الدراسة التي تهمنا هنا بشكل خاص هي أن خمسة وعشرين بالمائة فقط من طلاب الطب في السنة الأولى عدوا *الاكتئاب مرضًا*، بينما خمسة وعشرون بالمائة فقط من طلاب الطب في السنة الخامسة *لم يعدوا الاكتئاب مرضًا*.

وكما ذكرنا سابقًا، فإن مصطلح الداء (Disease) مصطلح محدد، وهو مصطلح لا يسوِّغ إطلاقه، أو يجب ألا يسوِّغ إطلاقه، على معظم مشكلات الصحة النفسية والعقلية. إذا كان الأمر كذلك إذًا، لماذا يعتقد معظم الكوادر الطبية المدرَّبة بشكل مكثف خلاف ذلك؟ وبالأخذ في الحسبان أنهم على درجة عالية من التعليم، فربما يكونون هم في الواقع على صواب؟

يمكنك أن تقيم هذه الحجة. الكثير يفعل ذلك. لكن أتَذكُر ما قلته لك سابقًا حول كيفية تأثير تجاربك وخبراتك على طريقة تفكيرك وفهمك وإدراكك للأشياء؟ لن نكون ظالمين إن قلنا إن الجزء الأكبر من الطب يهتم بالمشكلات الجسدية. طب الأورام (Oncology)، وطب أمراض القلب (Cardiology)، وطب أمراض الدم (Haematology)، وطب أمراض الكلى (Nephrology)، وطب الأمراض الجلدية (Dermatology)، وطب أمراض المناعة (Immunology)، وغيرهم الكثير من التخصصات الطبية المختلفة،

ولكن الغالبية العظمى فيها تتعامل مع أمور جسدية. وعلى ذلك، إذا كنت تتعرض مرارًا وتكرارًا، ليلَ نهار، لعدة سنوات للمشكلات الجسدية التي تؤدي إلى مشكلات صحية، فلماذا لا ترى كل مشكلة صحية على أنها شيء له سبب جسدي يجب استهدافه والتعامل معه؟

إلا أن مشكلات الصحة النفسية والعقلية غالبًا لا يمكن علاجها بنفس الطريقة التي تُعالَج بها العلل الجسدية، وذلك لأن لها أسبابًا غير ملموسة وأكثر تعقيدًا بكثير. وتَظهر المشكلات هنا عندما يمضي الأطباء قدمًا في المحاولة، ويجربون نفس الطريقة على أي حال، وهذا يحدث كثيرًا على ما يبدو.

مثل هذا النهج هو ما يُعرف بالنموذج الطبي للمرض النفسي (The Medical Model of Mental Illness)[15]. ويسمى أحيانًا بنموذج المرض (Disease Model)، لأسباب واضحة. هذا النموذج يصف رؤية الاضطرابات النفسية والعقلية والتعامل معها كما لو كانت مشكلات جسدية، كما يصف رؤية مرضى الصحة النفسية والعقلية كأي مرضى لأي مرض جسدي آخر.

لقد رأينا بالفعل لِمَ قد تكون هذه فكرة سيئة، لكن هذا كان النهج التلقائي المُتبع إزاء مشكلات الصحة النفسية والعقلية في الطب لسنوات عديدة. لا يزال الأمر كذلك في مواطن كثيرة، ولكن الأمل معقود أن هذا النهج في طريقه إلى زوال، بتولي نُهُجٍ أكثر شمولية أو دقة، تلك التي تعكس الطبيعة المعقدة والمتعددة الأبعاد لسوء الحالة الصحية النفسية والعقلية.

هناك عدة مشكلات لهذا النموذج الطبي، إحداها هو أنه يفترض وجود تشخيص واضح ودقيق يمكن كشفه، له سبب محدد، وأعراض محددة، وتوقعات موثوقة لمآل ذلك التشخيص (Prognosis). كما أنه يفترض أن المريض سيأخذ دورًا سلبيًّا؛ يقبل التشخيص، ويفعل ما يأمره الطبيب أن يفعل، ويخضع لنظام العلاج الخاص به (والذي عادة ما يكون الالتزام بأحد الأدوية). يفعل المريض ذلك، وفي النهاية يتحسن، وهكذا ينتهي كل شيء.

هذه هي الافتراضات المعهودة للنموذج الطبي. لكن الحقيقة هي أن مشكلات الصحة النفسية والعقلية تُحبِط جميع مُتبَنِّي هذا النموذج بشكل منتظم. نادرًا ما يمكن ربط تلك المشكلات بسبب جسدي واحد، فهي تتجلى

وتظهر في عدد كبير محير للعقل (لا أقصد التورية) من الطرق التي غالبًا ما يكون معها تحديد تشخيص قاطع أمرًا مستعصيًا، كما أن توقع ألا يتورط الشخص مع ما يحدث داخل ذهنه هو طلب بعيد المنال!

على سبيل المثال، دعنا نركز على الجزء المتعلق بالحاجة إلى تحديد تشخيص محدد قاطع. يسرد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية تسعة أعراض مرتبطة بالاكتئاب[16]، مثل المزاج المكتئب لمعظم اليوم، وأنماط النوم المضطربة، والشعور بانعدام القيمة أو الشعور بالذنب المفرط، وما إلى ذلك. ثم ينص على أنه يجب على المريض إظهار خمسة من تلك الأعراض التسعة، لمدة أسبوعين على الأقل، ليُشخَّص بالاكتئاب.

هذا يعني أنه يمكن بسهولة أن يكون لديك شخصان لهما نفس التشخيص، ولكن يوجد عرض *واحد فقط* من بين العديد من الأعراض يشتركان فيه. الاكتئاب يؤثر عليهما بطريقة مختلفة كُليَّةً تقريبًا، ومع ذلك يجب تصنيفهما ومعالجتهما بنفس الطريقة تمامًا؟ يمكنك أن ترى سبب عدم تبني الكثير من الناس لهذا النهج. كما قد تساورك الريبة، أو تأمل، فإن العملية أكثر تعقيدًا من ذلك بكثير. لا يقوم الأطباء النفسيون بتشخيص الناس وفقًا لقوائم المراجعة البسيطة فقط حيث يضعون علامة على الأعراض المسرودة ويطلقون التشخيص، بل يأخذون عوامل أخرى كثيرة في الحسبان، وإلا فإن أي شخص لديه لوحة بيضاء يمكن أن يقوم بعمل الأطباء النفسيين. ولكن من المأمول أن يُظهِر هذا أن الوصول إلى تشخيص موثوق ومحدد ودقيق للحالة النفسية أو العقلية ليس بالمهمة السهلة، نظرًا فقط إلى مدى تشابك وتنوع وتعقيد العقل البشري.

ثم هناك افتراض أن المريض يجب أن يأخذ دورًا سلبيًا في هذه العملية. بالنسبة إلى المشكلات الجسدية، هذا أمر منطقي؛ الطبيب هو الذي يعرف كيف تعمل الآليات المتشابكة للجسد، وما الخلل الذي أصابها، وماذا يفعل الدواء، ومن المتوقع أن يثق المريض بخبرته، وذلك لضمان التعامل مع المشكلة بشكل فعال.

ولكن حتى في تلك المواقف، غالبًا ما يكون للمريض دور حيوي في علاج المشكلات الجسدية، كما يحدث في العلاج الطبيعي (Physiotherapy). لا

شك أن هذا سيكون أكثر انطباقًا على الاضطرابات النفسية والعقلية، أليس كذلك؟ بالنسبة إلى نظام الرعاية الصحية، قد يكون من الأكثر فعالية وبساطة أن تبقى مساهمات المرضى في العلاج إلى حدها الأدنى، ولكن عندما يكون المصدر الوحيد للمعلومات التي يمكنك الحصول عليها حول مشكلة ما هي ما يخبرك به المريض، فإن توقع التزامهم بالهدوء في أثناء العملية العلاجية بأكملها غالبًا ما يؤدي إلى نتائج عكسية.

بشكل عام، يتطلب العلاج الفعال لمشكلات الصحة النفسية والعقلية دائمًا حالة أكبر من المساواة والتوازن في العلاقة بين الطبيب والمريض. لكن التمسك بالنموذج الطبي يحدو بالعلاقة بشكل جذري لصالح الطبيب، خالقًا عقبات لا مبرر لها. لقد تحدثنا أيضًا من قبل عن فكرة «التحسن» بالنسبة إلى مشكلات الصحة النفسية والعقلية، ولماذا لا تكون إمكانية واقعية في كثير من الأحيان، ومع ذلك، فهي فكرة متخلخلة في النموذج الطبي، على الأقل من الناحية النظرية.

إذًا، نعم، قد يكون للطب الحديث الكثير ليقدمه لعالم الصحة النفسية والعقلية، بالإضافة إلى أنه ينقذ بدأب أرواحًا تُعد ولا تُحصى، ولكن لا تزال هناك قضايا وأسئلة يجب الإجابة عنها فيما يتعلق بأساليبه ومناهجه. نعم، لقد ساعد الطب في التعرف على عدد كبير من حالات سوء الصحة النفسية والعقلية والعلاجات الممكنة، ويضيف المزيد طوال الوقت، للأفضل أو للأسوأ، ولعل من الجيد هنا أن نعرف أن الصحة النفسية والعقلية تؤخَذ على محمل الجد من قبل المتخصصين المعنيين. لكن وعلى الرغم من ذلك، يجادل الكثيرون بأن طريقة التمحور والتركيز على اضطرابات محددة وقاطِعة هي طريقة خاطئة للتعامل مع الصحة النفسية والعقلية.

إذا أردنا الإنصاف، هناك أسباب وجيهة تؤيد النموذج الطبي. أكثر الأسباب وضوحًا هو حقيقة أن الأدوية غالبًا ما تكون فعالة ومفيدة. تؤثر الأدوية علينا على المستوى البيولوجي الأوَّلي، وهناك أنواع وفئات معينة من الأدوية لها تأثيرات مفيدة على العديد من الحالات، وهذا يشير بقوة إلى أن هناك بالفعل عاملًا أو سببًا أساسيًّا واحدًا مشتركًا وراء مثل هذه الحالات. وعلى ذلك يمكن أن نقول إن إعطاء تشخيصات محددة قد يكون نهجًا صحيحًا.

الأمر يشبه نوعًا ما كيف يمكن أن يكون لديك عشرات من أبناء العمومة الذين لا يبدون متشابهين ولا يتصرفون بنفس الطريقة إطلاقًا، لكنهم جميعًا يتشاركون في نسلهم من سلالة أجدادهم، فلا يمكنك إنكار أنهم جزء من نفس العائلة. يمكن القول بأن تشخيص اضطراب ما يتبع نفس هذه الطريقة، فالتشخيص يمكن أن يتجلى في هيئات وطرق مختلفة بشكل مذهل، ولكن يكون هناك خيط مشترك بين كل تلك الهيئات والطرق التي يتجلى بها التشخيص، وغالبًا ما يكون هذا الخيط المشترك بيولوجيًا.

لقد أشرت إلى نقطة مماثلة في بداية حديثنا عندما قلت إنني سألتزم بالتحدث عما يحدث في المخ فقط، لأن الصورة الكبيرة واسعة للغاية ومحيرة، والتركيز على نطاق محدد سيسهل علينا أمرنا. لأنه عندما نشرح كيف تعمل الصحة النفسية والعقلية، فإن محاولة مراعاة *كل عامل* ومتغير محتمل يؤثر عليها، بصرف النظر عن أن هذا بلا شك سيكون طرحًا مستفيضًا، إلا أنه سرعان ما سينتهي بنا الأمر إلى الغرق في خضم التفاصيل المحيرة وسيكون الأمر مربكًا ومتشابكًا بشكل لا يُطاق. ومن ثم، فقد اخترت التمسك بالموضوعات والمبادئ الرائجة، بدلًا من الإدراج الحرفي لكل التفاصيل. هذه هي الطريقة الوحيدة لإنجاز أي شيء حقًا. من الأفضل تناول جزء واحد من المشكلة وإحراز تقدم فيه بدلًا من محاولة تناول كل التفاصيل دفعة واحدة وعدم الوصول لأي شيء، أليس كذلك؟

لكن لماذا لا ينطبق نفس هذا المنطق على علاج مشكلات الصحة النفسية والعقلية؟ سيكون من الفظاظة أن أنتقد مهنة الطب بأكملها لتبنيها نفس المنطق الذي استخدمته بنفسي.

لكن، وعلى الرغم من أن هذا المنطق قد يبدو مقنعًا، فإن الكثيرين يجادلون بأن المشكلات المتعلقة بالصحة النفسية والعقلية ليست بأي درجة قريبة من كونها بسيطة وواضحة لتتبع نفس هذا المنطق بنفس الطريقة[17]. في الواقع، غالبًا ما يحاول الأطباء جعل الأعراض مناسبة للتشخيص، وليس العكس، مع تجاهل أو رفض أي من مدخلات المريض ورؤيته حيث يجعل ذلك الأمر أكثر صعوبة عليهم. ينتهي بك الأمر ببساطة بالمحاولة باستمرار

وبدأب إدخال العديد من الأوتاد المربعة في فتحات دائرية ليسهل الأمر عليك. وكما هو متوقع، يسبب هذا الكثير من الاحتكاكات.

منظور علم النفس للصحة النفسية والعقلية

تحدُث الكثير من تلك الاحتكاكات بين علماء النفس والأطباء النفسيين. الآن، ونحن نعلم جميعًا أنهما ليسا نفس الشخص، قد يكون سماع ذلك مثيرًا للقلق. من المفترض أنهم يعملون معًا لمعالجة مشكلات الصحة النفسية والعقلية، أليس كذلك؟

لحسن الحظ، هذا هو ما يفعلونه بالتحديد، معظم الوقت، مما يدر الفائدة على الجميع بشكل أفضل. لكن، لا يمكن أن يكون لديك فريق كرة قدم كل اللاعبين فيه مهاجمون[1]. وبالمثل، هناك العديد من الطرق التي تتباين فيها أنظمة ومناهج الأطباء النفسيين وعلماء النفس، لذلك عندما يتعاونون، يؤدي ذلك إلى مجموعة واسعة من الخيارات ووجهات النظر والأساليب المختلفة لمعالجة قضايا الصحة النفسية والعقلية، مما يمنح المصابين فرصة أكبر لإيجاد الطرق التي تناسبهم.

أيضًا، أتذكُر عندما ذَكرتُ لك أن النهج الطبي للصحة النفسية والعقلية يُحَدَّث باستمرار، حيث تؤخَذ المعلومات والأفهام الجديدة في الحسبان؟ تأتي الكثير من هذه المعلومات الجديدة من الأبحاث التي يجريها علماء النفس. وفي هذه الأيام، علماء الأعصاب أيضًا[2]. لكن بعد أن أوضحنا كل ذلك، لا تزال هناك أوقات يتشاجر فيها الأطباء النفسيون وعلماء النفس.

يُعد علماء النفس، وبخاصة الاختصاصيون النفسيون (Clinical Psychologists)، عنصرًا لا غنى عنه في نظم الرعاية الصحية النفسية والعقلية، فهم يعملون بانتظام جنبًا إلى جنب مع الأطباء النفسيين. عادةً ما يتعاملون هم مع الحالات الخفيفة الشدة والمتوسطة الشدة المستمرة لفترات طويلة، ويقدِّمون العلاجات التي تعتمد على التحدث وجهًا لوجه (Talking

(1) حسنًا، ربما يمكنك ذلك؟ أشك في أن ذلك سيكون ناجحًا حقًا. لكن على كل، الرياضة ليست من تخصصاتي.

(2) لا، صدقني، لا داعي للشكر.

Therapies)، مثل العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy)، للمرضى المستعدين والقادرين على التعامل مع مثل هذه العلاجات. أو يتعاملون مع حالات إعادة التأهيل أو الرعاية طويلة الأمد للمرضى عندما يكون ذلك ملائمًا.

يسخر بعض الناس من العلاجات المعتمدة على الكلام، لكنها غالبًا ما تكون مفيدة جدًّا، حتى لأولئك الذين لديهم شكوكهم، كما جرب ذلك جاي كيلي بنفسه...

«لقد تلقيت علاجًا معرفيًّا سلوكيًّا في مؤسسة الخدمة الصحية الوطنية (NHS) وأنصح به حقًّا. أعلم أنه ليس مناسبًا للجميع، لكنه نجح معي. الشيء الذي وجدته مفيدًا بشكل خاص هو مجرد الدردشة مع شخص قال لي «كيف حالك؟» وكان حريصًا فعلًا على الاستماع لإجابتي. لم يكن عليَّ إكمال حديثنا بقولي «آه، أنا على ما يرام! كيف حالك أنت، وكيف يسير كل شيء معك؟» لم يكن هذا سؤال «كيف حالك؟» السطحي. الأمر كان أشبه بـــ «وظيفتي حرفيًّا هي أن أعرف كيف حالك حقًّا»، لذا توقف عن الإجابات النمطية ولا تسألني عن يومي. لا نحظى عادة بمثل هذه الفرص في حياتنا اليومية.

كان ذلك مفيدًا لي للغاية، وكان من الرائع رؤية الأشياء التي تؤرقك مكتوبة أمامك. عندما تكون محاصرًا داخل تلك الأشياء، قد تشعر بأنها كبيرة جدًّا ومن المستحيل الهروب منها. لكن عندما تجلس مع شخص ما، ومعك ورقة وقلم، وتبدأ بتدوين طريقة تفكيرك كما لو كنت ترسم رسمًا تخطيطيًّا (Flow Chart) لشركة، فإن الأمور تبدو مثل ذلك الشيء الصغير البسيط المثير للشفقة وتدرك حقيقتها وحجمها. الأمر يشبه ذلك الشيء المتخفي خلف الستارة – شيء تحسبه ضخمًا ومخيفًا، لكنه في النهاية يتقلص كله في بضعة أسطر فقط. جعلني ذلك أشعر كأن هناك شيئًا كان يأسرني في السابق، وقد تمكنت أنا من محاصرته وأسره الآن بنفسي، كما قد تقلب كوبًا على عنكبوتٍ سامٍ ومخيف لتحاصره وتنجح في ذلك.

قبل أن أحظى بالحصول على العلاج المعرفي السلوكي، كان حل تفكيري هو: «حسنًا، لقد درست المستوى المتقدم في مادة علم النفس، سألاحظ كل الأشياء التي يبحث عنها المعالج وأعطيه الإجابات التي يريد سماعها» لكن

تبين لي أن هذا هراء كبير، فهذه هي وظيفتهم؛ هؤلاء الأشخاص مدربون على استخلاص ما يدور بداخلك حقًا، وهم مدربون بشكل خاص على التعامل مع مَن مثلي مِن الأوباش الذين يعتقدون أنهم أذكى من الشخص الذي يتحدثون إليه».

غالبًا ما تتوفر الرعاية الصحية النفسية على يد فريق من الأشخاص متعددي التخصصات، وهذا مفيد جدًا. الاضطرابات النفسية وما شابهها لها العديد من المظاهر والعوامل التي تؤثر فيها والتي يجب أن يكون لديك العديد من الخبراء المختلفين لمعالجتها.

للأسف، طبيعتنا البشرية الأولية تعني أن مثل هذا الأسلوب سيؤدي غالبًا إلى مشاحنات ومشاجرات جماعية، وبخاصة عندما يكون أحد الأطراف أعلى سلطة من الآخر. في هذا السياق، فإن الأطباء النفسيين دائمًا هم من يمتلكون القوة والأثر الأكبر (على الورق، على الأقل). وهذا لا يقتصر على الرعاية الصحية النفسية بالطبع؛ إذا سبق لك أن أنجبت طفلًا في مؤسسة الخدمة الصحية الوطنية (NHS) بالمملكة المتحدة ورأيت الريبة الداكنة الموجودة لدى بعض الدايات[1] تجاه الأطباء، فأنت تعلم ما أتحدث عنه.

لكن الأمر ليس مجرد حرب على نفوذ أو سلطة أو مكائد حول سياسة مكان العمل. إن الصراع بين الأطباء النفسيين والاختصاصيين النفسيين، أينما وُجد، له بالفعل بعض الأسس النظرية، بل وأسس أيديولوجية أيضًا. رأيي الشخصي هو أن ذلك يرجع في الأغلب إلى تناولهم لنفس المشكلة من اتجاهات وزوايا معاكسة. يحاول الطب النفسي دمج مشكلات العقل البشري في أنظمة الطب الراسخة والمعمول بها، أي «هذه هي الطريقة التي يعمل بها الطب، كيف نطبق هذا على الصحة النفسية والعقلية؟» في مقابل ذلك، يحاول علماء النفس دمج الأساليب الطبية والعلاجية بالفهم الراهن للعقل البشري، أي «هذه هي الطريقة التي يعمل بها العقل، ما الذي يمكننا فعله لإصلاحه إذا حدث خطأ ما؟»

(1) الداية أو القابلة أو المُوَلِدة كما يُطلق عليها في بعض الدول العربية، هي سيدة تساعد الحوامل في أثناء فترة الحمل وفي الإنجاب. «المترجم»

إذا كان النموذج الطبي ناقصًا، فإن إنتاجات علماء النفس، لحسن الحظ، قدمت العديد من الأساليب الأخرى للتعامل مع الصحة النفسية والعقلية السيئة. النموذج المعرفي (The Cognitive Model) هو أكثر الأمثلة شيوعًا على ذلك[18]. هذا النموذج هو ما يستند إليه العلاج المعرفي السلوكي، أكثر أنواع العلاجات الكلامية انتشارًا على الألسنة في الوقت الحالي، بالإضافة إلى العديد من التقنيات المماثلة مثل العلاج الجمعي (Group Therapy)، والعلاج الأسري (Family Therapy)، والإرشاد الذاتي التوجيه (Self-Directed Counselling)، وما إلى ذلك.

في حين أن وجود تشخيص أمر مفيد للتدخلات الطبية (Medical Interventions)، فإن وجود تشخيص ليس من الأولويات في المناهج العيادية المنبثقة من علم النفس (Clinical Psychological Approaches). تجادل بعض طرق التحليل النفسي (Psychoanalytic Methods)، والتي تنبع من نموذج آخر من نماذج علم النفس، بأن التشخيصات لا جدوى منها مطلقًا[19]، وذلك لأن كل مريض مختلف بما فيه الكفاية ليستلزم طريقة علاجية فريدة مصممة خصيصى وفقًا لاحتياجاته. الأمر كما لو أن كل شخص في حالة نفسية سيئة له مرض مسمى على اسمه.

النماذج المعرفية ونماذج التحليل النفسي بهما الكثير من أوجه التشابه، لكن بينهما أيضًا بعض الاختلافات الرئيسية[20]. النماذج المعرفية تعمل في اتجاه مساعدة الفرد أن يتعلم بوعي أن يفكر بطريقة مختلفة وأقل إنهاكًا، أن يتعاملوا بطريقة ما مباشرة مع لب المشكلات النفسية أو العقلية التي يواجهونها أو مع ما يحيط بها. على النقيض من ذلك، تركز مناهج التحليل النفسي بشكل أكبر على العثور على السبب الأساسي؛ الحدث أو الصدمة أو الجانب الحياتي المعين الذي أدى إلى المشكلات الحالية، وغالبًا ما يكون ذلك من خلال التأثيرات التي يتعرض لها الفرد على مستويات اللاوعي.

هاتان فقط طريقتان معروفتان نابعتان من علم النفس ولكل منهما أساليبها ومناهجها المختلفة. ولكن كما ذكرنا، هناك شيء مشترك بينهما، وهو التركيز على المريض وعلى الطرق المحددة التي يتجلى فيها ضعف صحته النفسية أو العقلية، بدلًا من الالتزام بتشخيص محدد ومألوف والتركيز عليه.

تحدثت مع اختصاصي نفسي ذات مرة أكد لي هذه الفكرة حيث شبَّه دوره كاختصاصي نفسي بالطاهي الذي يتعين عليه إعداد وصفات محددة بناءً على المكونات التي يقدمها إليه المريض، بدلًا من اختيار وصفة محددة ومحاولة العثور على المكونات التي يحتاج إليها لتحضيرها. يخاطر النهج الثاني بترك بعض المكونات دون استخدامها، أو بإجراء بعض البدائل على المكونات الموجودة، مما قد يؤدي في النهاية إلى إتلاف الوصفة.

بصورة أعم، تجادل هذه الطريقة بأنه عندما يتعلق الأمر بالاضطرابات النفسية أو العقلية، يجب عدم التعامل مع المشكلات أو الأسباب الكامنة وراء هذه الاضطرابات، ولكن ما يجب التعامل معه هو كيف يفكر *المريض وما* يشعر به تجاه تلك المشكلات. إذا أدى بك حدث ما في الحياة، مثل فقدان وظيفتك، إلى الشعور باليأس وفقدان الأمل، فهذا يُظهر مشكلة في الإدراك (Cognition) -في كيفية رؤيتك للحدث ومعالجته- وهذا الإدراك أو هذه الاستجابة الذهنية المعرفية هي التي تحتاج إلى تغيير.

خذ الرُّهاب (Phobia) على سبيل المثال. إذا كنت مصابًا برهاب العناكب (Arachnophobia)، فأنت تخاف بشكل غير منطقي من العناكب. لكن ردة *فعلك* تجاه العناكب هي المشكلة، وليست العناكب. العناكب لا تفعل أي شيء خاطئ، إنها فقط موجودة.[1] التعامل مع ردة فعلك غير المفيدة، وطريقة تفكيرك المشوشة، هي هدف النموذج المعرفي في علم النفس.

دعونا نجرب تشبيهًا آخر. تخيل أن طريقك المعتاد إلى المنزل يتضمن عبور جسر فوق نهر. في يوم من الأيام، انهار الجسر وأنت على الجانب الآخر من المنزل. لا يمكنك العودة إلى المنزل الآن، أنت عالق. في هذا التشبيه، منزلك هو عقلك الذي يؤدي وظيفته بطريقة طبيعية، والجسر هو طريقتك المعتادة في الوصول إلى المنزل والحفاظ عليه، والانهيار هو حدث مؤلم في الحياة، أو أي شيء آخر، تسبب في معاناة صحتك العقلية. ماذا ستفعل في مثل هذا الموقف، حيث لا يمكنك الآن الوصول إلى حالتك «الطبيعية»؟

إذا كنت تتبنى نهج النموذج الطبي، فسيتضمن ذلك مجيء شخص ما ومحاولة إصلاحه للجسر، أو سيحاول إنشاء طريقة أخرى لك للعبور، كحبل

(1) وهذا أمر سيئ بما فيه الكفاية لبعض الناس، لا جدال.

للانزلاق الحر[1] أو عوامة للنقل المائي. قد لا تكون الأدوات المناسبة لفعل ذلك في متناول يده، وقد تكون تلك البدائل أكثر خطورة من الجسر الذي كنت تستخدمه في السابق، وسيتضمن ذلك الكثير من التجربة والخطأ. قد لا ينجح هذا الشخص حتى في النهاية، لكنه على الأقل يجرب، وغالبًا ما يكون هذا هو الأسلوب الأسرع في التعامل مع الموقف إذا كنت بحاجة إلى العودة إلى المنزل قريبًا. لكن عليك في الغالب الجلوس معه والسماح له بالتعامل مع المشكلة، بصرف النظر عن مدى برودة وتبلل جسدك.

وكبديل عن ذلك، تخيل أن هناك شخصًا ما جاء إليك، وبدلًا من محاولة إصلاحه للجسر، عرض عليك مساعدتك في العثور على طريق بديل حول النهر. هو لا يعرف المنطقة التي تعيش فيها، لكن لديه بوصلة وبعض الأحذية الاحتياطية، ويعرض عليك التجول معك في اتجاه المنبع، ورسم خريطة للمنطقة في أثناء سيركم، حتى تجد طريقًا جديدًا إلى منزلك. في هذا المثال، يستخدم الشخص الثاني النموذج المعرفي. المشكلة ما زالت قائمة والجسر منهار لكن استجابتك لها تغيرت. بمساعدة شخص آخر، وجدت طريقة جديدة لتحقيق ما كنت تفعله في السابق بنجاح، عن طريق احتواء المشكلة الحالية والعمل على حلها.

هذا هو ما يعَد النهج التنازلي (top-down Approach) (بالعمل من أعلى لأسفل). بدلًا من إصلاح المشكلة الأساسية ومحاولة جعل كل شيء يعود إلى مكانه مرة أخرى على أمل أن يكون كما كان قبل المشكلة تمامًا، تكتشف كيف يمكن أن تتجاهل المشكلة أو تتجنبها، وبالتالي تبطل آثارها. بالنسبة إلى شخص مصاب بالاكتئاب، على سبيل المثال، لن تحاول معه إعادة مستويات الناقلات العصبية (neurotransmitters) المعيبة إلى مستواها الطبيعي أو أي شيء من هذا القبيل. بدلًا من ذلك، عليك التركيز معه على منع طرق التفكير التي تحافظ على الاكتئاب، مثل إسقاط المعاني السلبية على المحادثات غير المؤذية، والنقد الذاتي المبالغ فيه، والتضخيم من شأن

(1) حبل الانزلاق الحر عبارة عن بكرة معلقة على سلك حديدي، وعادة ما تكون مصنوعة من الفولاذ المقاوم للصدأ، ومثبتة على منحدر. مُصمم لتمكين الحمولة أو الشخص المدفوع بالجاذبية من الانتقال من أعلى إلى أسفل السلك الحديدي المائل عن طريق التمسك بالبكرة المتحركة بحرية أو التعلق بها. (المترجم).

النتائج المزعجة، والتقليل من شأن النتائج الجيدة. كل هذه أنماط وعادات للتفكير يمكن تغييرها، إذا بذلنا الجهد المناسب. لكن بالتأكيد، هذا النهج له حدوده، فعلى سبيل المثال، لكي يصل هذا النهج إلى نتائج حقيقية، يتطلب الأمر أسابيع من المناقشات والتحليلات المتأنية، وهذا أمر دائمًا ما يكون خارج نطاق أولئك الذين يعانون نوبة نفسية أو عقلية جسيمة. ولكن لعلك ترى الآن كيف تروق تلك المدرسة للكثيرين.

لكن بالطبع، كما هو الحال عادةً مع أي شيء يتعلق بالصحة النفسية والعقلية، فإن العلاج المعرفي السلوكي (CBT) له انتقاداته ومعارضوه. لقد تحدثت مع العديد من الأفراد الذين يعانون مشكلات نفسية وعقلية مزمنة وهم يجدون أن هذا النهج برمته مهين إلى حد ما، ومُذِل حتى في بعض الأوقات، لأنه غالبًا ما يتلخص في شخص يخبرك كيف يجب *أن* تشعر، أو يخبرك ما هي مشكلاتك، وكيف يمكنك أن تعالجهم أو تتجنبهم. بصرف النظر عن مدى جودة تدريب المعالج أو خبرته، فإن وجود شخص آخر يعطيك محاضرة عما يحدث *داخل رأسك* هو أمر صعب بالنسبة إلى الكثيرين لقبوله بتلك البساطة.

هناك أيضًا قضية أنه، وفي تناقض صارخ مع النموذج الطبي، يُلقي العلاج المعرفي السلوكي والعلاجات الكلامية الأخرى *الكثير من العبء* على الفرد. كما سنرى قريبًا، العديد من مشكلات الصحة النفسية والعقلية لها أسباب ظاهرية صحيحة؛ يحدث شيء سلبي -أو يستمر في الحدوث- في حياة شخص ما، مما يقوض صحته النفسية والعقلية بطرق منهكة. يمكن القول بأن تعليم شخص ما أن يفكر بشكل مختلف حول مشكلة حقيقية لا «يعالج المشكلة»، إنه يخفي الأعراض فقط. وبالنسبة إلى الكثيرين، لا يختلف ذلك كثيرًا عن أن يُطلب منك أن «تبتهج» أو أن «تبقى إيجابيًا» عندما تكون لديك أسباب حقيقية تجعلك غير سعيد. قد يكون للنموذج الطبي عيوبه العديدة، ولكنه على الأقل يتضمن جهودًا ملموسة للتعامل مع المشكلات الحقيقية، ولذلك لا يزال البعض يفضِّل هذا النهج على النهج المعرفي.

لحسن الحظ، هذه المناهج المختلفة ليست متعارضة يستبعد كل منها الآخر. يمكن أن يكون النهج المركب الذي يتضمن، على سبيل المثال، الأدوية والمشورة والعلاجات المعرفية، أكثر فعالية.[21] يفيد الكثيرون بأن مضادات

الاكتئاب ساعدتهم على استعادة ما يكفي من قدراتهم للمشاركة في العلاجات المعرفية الكلامية. لماذا لا يكون هناك شخص ما يصلح الجسر بينما تبحث عن طريقة جديدة حول النهر؟ هناك نماذج وطرق نفسية أخرى تُستخدَم في معالجة مشكلات الصحة النفسية والعقلية، ولكن، كما ذكرنا سابقًا، يُتَعَامَل معها في كثير من الأحيان من قِبل فرق متعددة التخصصات، حيث يقدم أشخاص مختلفون من ذوي الخبرات المختلفة المساعدةَ عند الحاجة، لمعالجة الجوانب ذات الصلة من حالة المريض.

بينما يوحد الأطباء النفسيون والاختصاصيون النفسيون جهودهم بانتظام، تجدر الإشارة إلى أن هناك متخصصين في علم النفس والمجالات ذات الصلة الذين يعترضون على مبادئ النهج الطبي للاضطرابات النفسية والعقلية برمتها. على سبيل المثال، في عام 2018، نشرت صحيفة البي بي سي (BBC) الموقرة مقالًا على موقعها على الإنترنت بعنوان «خرافة الصحة النفسية» (Mental health is a myth)[1] متحدثًا باستفاضة عن الاتجاه العلمي الدراسي الجديد لمكافحة الطب النفسي (Anti-Psychiatry Scholarship) الذي أطلقته الدكتورة بوني بيرستو (Bonnie Burstow) من جامعة تورنتو (University of Toronto) [22]، وهي اختصاصية نفسية متمرسة.[2]

أليس هذا... عجيبًا بعض الشيء؟ معالِجة نفسية مدرَّبة، وتصر على عدم وجود شيء اسمه صحة نفسية وعقلية؟ أليس هذا مثل الفارس الشهير الذي ينكر وجود الخيل؟ لكن من الواضح أن هناك الكثير ممن يتفقون مع هذا الموقف. على الأقل كثيرون بما يكفي لتبرير وجود اتجاه علمي دراسي، على ما يبدو. لكن لماذا؟ وكيف؟

بناءً على فهمي الشخصي -والذي أعترف أنه يمكن أن يكون خاطئًا بسهولة- في حين أن هناك أسبابًا تُعد ولا تُحصى لمعارضة الأشخاص لنُظُمِ وعمليات الطب النفسي، يبدو أن العديد من علماء النفس يرفضون الفكرة وراء تشخيص الأشخاص الذين يعانون اضطرابات نفسية في المقام الأول.

---

(1) إذا كنت تود قراءة المزيد حول هذا الاتجاه، انظر كتاب أسطورة المرض النفسي (The myth of mental illness). (المترجم)

(2) توفيت الدكتورة برستو للأسف في يناير 2020.

المنطق وراء ذلك هو أنك إذا قمت بإلصاق مسمى ما يفيد بأن الشخص يعاني مشكلة طبية، فهذا فعل من الممكن أن يكون ضارًا في حد ذاته.

لا يمكنك قياس الحالة النفسية لشخص ما مقابل مستوى مرجعي أساسي مُحكم وموثوق، ويجادل الكثيرون بأنك يجب عليك حتى ألا تحاول فعل ذلك، لأنك قد تكون مخطئًا وتتسبب في خضوع شخص ما للعلاجات والتدخلات الضارة. لقد رأينا مدى أهمية استخدام اللغة بشكل صحيح عند الحديث عن الصحة النفسية والعقلية، وإطلاق التشخيصات فعل، بطبيعته، يُخبر كلًا من الفرد والعالم بأسره أن هناك شيئًا ما *خاطئًا*.

يجادل العديد من علماء النفس بأن الأمر مع البشر ليس كذلك. إطلاقًا. يوجد، إذا أردنا الإنصاف، منطق معين لدحض مفهوم الاضطرابات، أو الأمراض النفسية والعقلية، وهو منطق يتعدى أحيانًا إلى عالم الفلسفة.

كل ما ندركه ونستوعبه في هذا العالم مشتق من البيانات الخام الأولية المستقاة من حواسنا، بعد أن تخضع لتلميعات وتفسيرات واستنباطات مكثفة من قبل أمخاخنا، أليس كذلك؟ إذًا، من يمكنه القول إن أشياء مثل الهلوسة والأوهام التي تظهر في الذُّهان (Psychosis) هي أقل صحة في تفسير العالم من الإدراكات الاعتيادية له؟ في الواقع، يقر العديد من العلماء والأطباء النفسيين الآن أن كل البشر تقريبًا يعانون الهلوسة والأوهام على نحو منتظم[23]، مثل التجارب الدينية، ومواجهات الأشباح، ونظريات المؤامرة، وما إلى ذلك. يقال إن هذا يرجع إلى الطريقة التي تحاول بها أمخاخنا فرض نوع من البنية المنظمة على عالم متزايد التعقيد والغموض. لكن الشاهد في الأمر هو، إذا كنا جميعًا في مكان ما على «طيف الهلوسات»، فلماذا يُميَّز الأشخاص الواقعون على أطراف هذا الطيف على أنهم معيبون؟

وبالمثل، يمكن القول إن أشياء مثل القلق والاكتئاب منطقية وطبيعية، يمكننا حتى القول بأنها ردود الفعل *الصحية* للأحداث الصادمة التي نمر بها، أو للعالم المرهِق والمُعقَّدِ بشكل متصاعد، والتي هي أمور لم نتطور -نحن البشر، وبخاصة أمخاخنا- للتعامل معها. بشكل عام، تتلخص الكثير من الحجج المضادة للطب النفسي والأمراض النفسية والعقلية في الموقف القائل بأن المجتمع من حولنا -توقعاتنا ومعاييرنا- صارم للغاية ومقيِّد. إنه

لا يستوعب هذه الطرق البديلة في التفكير والوجود، لذلك نصنفها على أنها مضطربة ومريضة، بينما لا ينبغي لنا فعل ذلك.

لذلك فإن الطريقة الحقيقية لحل «مشكلات» الصحة النفسية والعقلية هي عن طريق أن يتغير فهمنا العام لها ويتكيف لدمج واستيعاب أولئك الذين لا يتوافقون مع المعايير الضيقة المحددة للمجتمع الحالي. يمكن تحقيق ذلك من خلال إضفاء تغييرات على اللغة، وتغييرات في التعريفات، وتغييرات في النماذج الحالية المفسرة لهذه الظواهر، ومنطقيًا، من خلال عدم افتراض أن أي شخص لا يتوافق مع المعايير الصارمة للمجتمع الحالي لديه مشكلة طبية تحتاج إلى إصلاح، وهذا هو ما تفعله التشخيصات والنظم الطبية بطبيعتها. حتى مصطلح «الصحة النفسية والعقلية» مشكوك فيه من وجهة النظر هذه. يشير مفهوم الصحة في حد ذاته إلى شيء يمكن أن يكون هزيلًا أو يمكن أن يسوء.

كما قلت، هذا مجرد فهمي الشخصي للمنطق الكامن وراء بعض الحجج الأكثر صرامة ضد الطب النفسي، والتي لا تشمل تلك المنبثقة من الأيديولوجيات أو السياسة أو الطائفية أو نظريات المؤامرة. أعتذر لأي شخص أسأت تمثيله هنا.

ومع ذلك، من أجل تحقيق التوازن، وبالنظر إلى أني سلطت الضوء على مشكلات النموذج الطبي بإسهاب، هناك العديد من العيوب في النموذج النفسي أيضًا. هناك إجماع أقل بكثير في مجال علم النفس بشكل عام مما هو موجود في الطب. في حين أن الإجماع الطبي مكتوب إلى حد كبير في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية وفي التصنيف الدولي للأمراض، فإن المناهج النفسية المنبثقة من علم النفس أكثر تنوعًا. فهناك على سبيل المثال المحللون النفسيون المتبعون لمدرسة التحليل النفسي ليونغ (Jungians)[1] والفرويديون (Freudians)، والسلوكيون (Behaviorists)، والوجوديون (Existentialists)، وعلماء نفس النمو (Developmental Psychologists)، وعلماء نفس الجشطالت (Gestalt Psychologists)،

---

(1) والمعروفة أيضًا بعلم النفس التحليلي ليونغ (Jungian Analytical Psychology). (المترجم)

وما إلى ذلك. آخر مرة راجعت فيها قائمة الأساليب النفسية المعروفة على ويكيبيديا كانت تتكون من خمسة وأربعين مدخلًا، وهذا رقم كبير.

لكن إذا أردت الإنصاف، بدلًا من الحديث عن هذه المدارس كمناهج متنافسة، يمكننا بدلًا من ذلك تشبيه العديد من أولئك الاختصاصيين بالأطباء المتخصصين في مجالات الطب المختلفة؛ إنهم يركزون فقط على جوانب مختلفة من الشيء الكلي الأوسع الذي هو العقل (Mind). ويعترف معظم علماء النفس بالجوانب الوجيهة لكل فرع مختلف من فروع ومدارس علم النفس المختلفة، ويتبنون بذلك ما يكون أقرب لنهج انتقائي قائم على الأدلة (Eclectic Evidence-Based Approach).

لكن من الصعب بناء إجماع ملموس عند التعامل مع شيء فوضوي مثل العقل البشري والمخ. وعندما تتنافس النظريات ووجهات النظر المختلفة على الهيمنة في ظل وجود مجموعة محدودة من الموارد والتمويلات، فهناك العديد من المواضع التي يمكن أن تصبح فيها الأيديولوجيات هي القوة الدافعة وراء السلوك. وبكل الأسى، وبفضل عجائب وسائل التواصل الاجتماعي، رأيت الكثير من علماء النفس الذين يعارضون الطب النفسي بشدة، أو يكونون أقل ثقة أو استياء منه ومن مناهجه، ويتحدون بغضب أو يهاجمون الأفراد الذين يتحدثون لصالحه. هؤلاء الأفراد غالبًا ما يكونون مرضى وناشطين في مجال الصحة النفسية والعقلية، الذين فتحوا الباب بشجاعة لمشكلاتهم الحقيقية لتخرج للنور. آخر شيء قد يحتاجون إليه، أو يستحقونه، هو انتقاد المهنيين الطبيين أو إدانتهم في تجاربهم الحياتية، أو حتى إخبارهم بأنهم مخطئون عندما يقولون إنهم ليسوا على ما يرام. هذا ليس بأي حال من الأحوال نهجًا مفيدًا، وليس شيئًا لأغض الطرف عنه في أي وقت من أوقات حياتي.

لذلك، مع أخذ كل هذا في الحسبان، ما هو *رأيي* العام في هذه القضية؟ وأين يترك كل هذا أولئك الذين يعانون مشكلات مع صحتهم النفسية والعقلية ويريدون القيام بشيء ما حيال ذلك؟

الفهم الحالي المجمل للصحة النفسية والعقلية

ما الذي تعلمناه هنا؟ ربما بدا الأمر مفصلًا بشكل لا يطاق، لكن ما غطيته هو في الغالب جولة سريعة للتعرف على بعض الخصائص الأساسية والمناقشات التي تحدث في عالم الصحة النفسية والعقلية اليوم.

بالعودة إلى تشبيه الصحة النفسية كمهرجان احتفالي، فقد عرضت لك للتو خريطة المكان وأشرت إلى المواقع الرئيسية فيه. ولكن لتفهم وتقدِّر كيفية عمل كل شيء حقًّا، ولتجد طريقك إلى المكان الذي تريد الذهاب إليه، فأنت بحاجة إلى الذهاب إلى هناك والقيام ببعض التجول، وهو ما آمل أن أفعله في الفصول التالية.

لكن قبل أن أفعل ذلك، دعونا فقط نذكِّر أنفسنا ببعض النقاط المهمة.

أولًا، بينما أحاول تجنب استخدام مصطلح المرض النفسي (Mental Illness) أينما أمكن، ليس لدي أي خلاف شخصي مع أي شخص لا يفعل ذلك. أنا أتمسك بمصطلح «الاضطراب» (Disorder) أو «المشكلة» (Problem) أينما أمكنني ذلك. لكن هذا لا يعني أنني أتفق مع الرأي الأكثر تطرفًا بأن الصحة النفسية والعقلية لا يمكن أن تسوء. لقد رأيت الكثير من الأشخاص المقربين لي والذين أهتم بشأنهم يتحملون انزعاجات عميقة وآلامًا شديدة، وذلك بفضل عقولهم أو أمخاخهم التي انقلبت ضدهم، مما يمنعني من تقبل فكرة أن الصحة النفسية أو العقلية السيئة ليست شيئًا حقيقيًا. من واقع خبرتي، فإن مثل هذه الأساليب تؤدي بسهولة إلى تجاهل مشكلات الناس الحقيقية وتجاهلها.

أيضًا، وربما يكون هذا أكثر صلة بي وبخبرتي العلمية، فهذه الادعاءات تعني ضمنيًا أن المخ البشري لا يمكن أن يخطئ. وصدقني، لا شك في أنه يخطئ بكل تأكيد. إذا قضيت أي فترة من الوقت في دراسته، فسيصبح ذلك واضحًا جدًّا، وبسرعة كبيرة. لذا أقول إن الاضطرابات النفسية وغيرها من المشكلات حقيقية، فوراءهم أسباب مسوغة، ويحتاجون إلى الاهتمام والرعاية، وينبغي النظر في أي خيار معقول يمكن أن يوفر المساعدة أو الحلول. هذا هو النهج الذي سأنطلق منه في الفصول التالية. إذا كانت لديك أي اعتراضات قوية على أي من ذلك، فسنضطر إلى أن نتفق على ألا نتفق.

وهل هناك نموذج معين أستخدمه عند التعامل مع قضية الصحة النفسية والعقلية؟ نموذج معرفي (Cognitive) أم طبي (Medical) أم تحليلي نفسي (Psychoanalytical) أم شيء آخر؟ من الناحية الفنية، نظرًا إلى أنني لا أفعل أي شيء مع المرضى، فأنا لست بحاجة إلى الالتزام بنهج محدد. إذا كنت تتحدث فقط عن الصحة النفسية والعقلية كأفكار مجردة، فيمكنك الاستناد إليها جميعًا إذا أردت. على الرغم من ذلك، وبأخذ هذا في الحسبان، فإنني أميل إلى الإذعان للنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي (Biopsychosocial Model) للصحة النفسية والعقلية. هذا هو النموذج الذي تعلمته، وهو ما علَّمته للآخرين، وهو أحد المناهج الأكثر شيوعًا المستخدَمة اليوم في عالم الصحة النفسية والعقلية.[24]

كما يوحي الاسم، فهذا النموذج يعترف بالطبيعة المعقدة متعددة الأوجه للصحة النفسية والعقلية، ويعترف بإمكانية العديد من العوامل المختلفة أن تعطلها وتربكها. يمكن أن يتأثر جسدنا المادي بأشياء جسدية، مثل العدوى والإصابة. ولكن، كما رأينا، فإن عقولنا غير ملموسة بشكل أكبر، وبالتالي يمكن أن تتأثر سلبًا بالأشياء المادية وأنماط التفكير والتجارب الخارجية. سيشمل فهم مشكلات الصحة النفسية والعقلية والتعامل معها بشكل صحيح كل هذه العوامل، بدرجة ما أو بأخرى.

النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي هو وسيلة لأخذ كل تلك العوامل جميعًا في الحسبان، ويؤكد أن الصحة النفسية يمكن أن تتأثر بثلاثة مستويات مختلفة من الأسباب.

هناك المستوى البيولوجي، بما في ذلك أشياء مثل التأثيرات الجينية، والاختلالات الكيميائية، والعقاقير، والسموم، وما إلى ذلك.

ثم هناك المستوى النفسي، بما في ذلك الطرق غير المفيدة من التفكير والإدراك للواقع، والمزاج السيئ المستمر، والإحجام عن القيام بأشياء من شأنها تحسين الصحة، وما إلى ذلك.

وأخيرًا، هناك المستوى الاجتماعي، الذي يغطي الأحداث الصادمة، والعلاقات السيئة، وبيئة المعيشة الفقيرة والمرهقة، وما إلى ذلك.

كل هذه العوامل تغذي وتؤثر بعضها على بعض. إذا تسبب عدم التوازن الكيميائي في إصابتك بالاكتئاب، فإنك تواجه تغيرًا في تفكيرك، وتصبح محاصَرًا في حالة مزاجية منخفضة وحافز صفري. هذا يعني أنك لا يمكنك العمل أو الاختلاط بالناس، لذلك يبدأ أصحاب العمل وأصدقاؤك في معاملتك بشكل مختلف. يتسبب هذا في مزيد من الضغط عبر المستوى الاجتماعي، مما يؤثر على صحتك البيولوجية، وتبدأ الدورة بأكملها من جديد.

اقتُرِح النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي لأول مرة من قبل جورج إنجل (George Engel) في عام 1977، وأصبح في النهاية النهج التلقائي الذي يتبناه الكثير من متبني قضايا الرعاية الصحية النفسية والعقلية في جميع أنحاء العالم. هذا النموذج، من حيث كونه نموذجًا، صُمِّم لمواجهة الاهتمام الضيق والتحيزات البيولوجية أو الدوائية للنهج الطبي الأكثر تعسفًا. ولكن في الوقت نفسه، كان القصد منه توفير إطار عمل أكثر علميةً وعقلانيةً من أساليب الصحة النفسية الفردية التي كانت تمارَس في ذلك الوقت، حيث كان يمكن لكل ممارس أن يقوم بتطبيق عمله ونظرياته الخاصة.

يضيف النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، تقنيًا، هيكلًا تنظيميًا وطريقة يمكن الاعتماد عليها، بينما يشمل جميع الجوانب الممكنة التي يمكن أن تؤدي إلى مشكلات صحية، دون ترك أي جانب، في جوهره، دون ملاحظة. غالبًا ما يستخدمه الأطباء النفسيون عند محاولتهم تحديد مشكلة المريض بالضبط، وما هي أفضل طريقة للتعامل معها.

على سبيل المثال، إذا كان المريض يعاني مشكلات في الذاكرة، فأنت لا تحاول فقط اكتشاف ما يحدث في مخه، بل تأخذ حياته بالكامل في الحسبان. كم عمره؟ هل يشرب أو يتناول أي دواء؟ هل لديه أي مشكلات صحية سابقة؟ وعند معالجة المشكلة، لا تقوم فقط بتسليمهم بعض الحبوب وإخراجهم من عيادتك، بل ترى ما إذا كانوا يعيشون بمفردهم، أو لديهم عائلة، أو يعيشون في منطقة معزولة، أو في مكان قد يكونون فيه أكثر عرضة للإصابات، أو يمكنهم فيه الحصول على رعاية مجتمعية، وما إلى ذلك.

بالطبع، عندما يتعلق الأمر بالتقييم الفعلي للمرضى وعلاجهم، فإن كل نهج غطيناه إلى الآن يخضع للعديد من القيود والانتقادات. يمكن أن يركز

النموذج الطبي كثيرًا على التعامل مع المشكلات البيولوجية الأساسية. والنموذج المعرفي هو نهج طويل ومسهب، يمكنه أن يتجاهل أحيانًا السبب بينما يضع الكثير من الضغط على المريض. يتطلب النهج الكمي الذي يستخدمه علم نفس الحالات غير الطبيعية (Abnormal Psychology) قياسَ وتقييمَ السمات النفسية، وهذا طلب عسير جدًّا.

وبالطبع، فإن النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي يعاني أيضًا مشكلات. على سبيل المثال، أين ينتهي كل «مستوى» ويبدأ المستوى الآخر؟ في أي مرحلة تصبح المشكلة البيولوجية مشكلة نفسية؟ هل الفصل بينهما في المقام الأول حكيم؟ لقد رأينا كيف يحتاج العلم الطبي بانتظام إلى اليقين والتعريفات الواضحة، وغالبًا ما يجعل النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي هذا الأمر أكثر صعوبة وليس أسهل.

هناك أيضًا من يجادلون بأن هذا النهج يقول أساسًا إن كل تلك الجوانب لها نفس القدر من الأهمية. من الناحية العملية، يمكن أن يكون هذا مماثلًا لقول إنه لا يوجد شيء أكثر أهمية من الآخر: نفس طريقة تفكير «الجميع سيفوز في المسابقة»، ولكن في سياق الصحة النفسية والعقلية. يمكن لذلك أن يجعل الفكرة الكاملة لوجود نهج صارم قائم على الأدلة (Evidence-Based) بلا معنى. هناك العديد من العوامل التي يجب أخذها في الحسبان، والتعامل معها ومعالجتها كلها أمر غير عملي حقًّا، لذلك يمكن للممارس أن يسير فقط مع ما يراه أفضل مسار للعمل. وهذا هو النهج الذي *ابتكر* النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي *لتجنبه*. إنه أيضًا طلب عسير جدًّا أن نتوقع من أي فرد أن يأخذ في الحسبان كل العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية في حياة المريض.

كل هذه الأشياء صحيحة، وهي تشكل نقاشات وسجالات مستمرة، أو جدالات، في مجتمعات الطب النفسي وعلم النفسي العيادي، متمحورة حول أي نهج أو نموذج هو الأفضل. لحسن حظي، ليس من عملي أن أعالج المرضى فعليًّا، لذلك أميل إلى استخدام النهج البيولوجي النفسي الاجتماعي بعدِّه «نقطة بداية» جيدة. يساعدني هذا في البقاء متيقظًا لحقيقة أن مشكلات

الصحة النفسية والعقلية هي نتاج كل هذه العوامل المختلفة، وسأبذل قصارى جهدي للنظر فيها جميعًا في الفصول القادمة.

بالنظر إلى كل ما غطيته فيما يتعلق بالوضع الحالي للرعاية الصحية النفسية والعقلية في عالمنا الحديث، فسيكون لك عذرك إذا رأيت أن الوضع الحالي يبدو وكأنه فوضى مربكة. ربما يكون هذا مناسبًا، فما بالنا بتعقيد وحيرة الصحة النفسية والعقلية نفسها. نحن نحارب النار بالنار، أو ما شابه.

لكن على الرغم من هذا، لا يزال هناك الكثير من المناهج والأيديولوجيات والمدارس الفكرية، وكلها تستند على قاعدة من الأدلة المتغيرة باستمرار، ويُحكَم عليها في ضوء الأعراف الاجتماعية المتغيرة باستمرار. بالنظر إلى كل ذلك، فإن السؤال الواضح هو: كيف يمكننا الوصول لأي شيء على الإطلاق؟ هل يمكننا الوثوق *بأي شيء* يقال لنا عن الصحة النفسية والعقلية من قِبَل أولئك المكلفين بالتعامل معها عندما يحدث خطأ ما حيالها؟

ستكون إجابتي هي نعم، بالطبع يمكننا ذلك.

هناك مقولة شهيرة: هذا الجمل هو في الأصل حصان، لكن صممته لجنة تصميم الأحصنة. تستخدم تلك المقولة عادةً للتأكيد على أنه كلما زاد عدد الأشخاص المشاركين في عملية ما، كانت النتيجة أكثر تعقيدًا ولا تتسم بالكفاءة. في سياقنا هذا، فإن الفهم الكامل والشامل والصحيح للصحة النفسية والعقلية، وما يجب علينا القيام به عندما يحدث خطأ ما حيالها، هو الحصان المفترض وجوده. وعلى ذلك، فنهجنا الحالي لرؤية مشكلات الصحة النفسية العقلية، وكيفية التعامل معها، هو الجمل الذي يُضرَب به المثل، ذلك الجمل الذي أنتجته لجنة تصميم الأحصنة. بوجود العديد من المساهمات والمناهج والنظريات والأفكار المختلفة من الفهم المتغير باستمرار لما هو «طبيعي» وما هو «غير طبيعي»، لن يكون الأمر أبدًا أنيقًا وبسيطًا.

على الرغم ذلك، وفي تلك اللحظة، هذا ليس بالأمر السيئ تمامًا. عندما تتأمل في حقيقة أنه لا أحد يعرف شكل الحصان، فإن الجمل هو في الواقع نتيجة جيدة جدًّا. إذا كان ما تحتاج إليه هو حصان ولكن ما لديك هو جمل، فهذه ليست كارثة تمامًا. قد لا يكون الجمل بارعًا أو مطيعًا كالحصان، ولكنك لا يزال بإمكانك إحراز تقدم وإنجاز الأمور بمساعدته.

مقصدي هو أن النهج الحديث وفهمنا للصحة النفسية والعقلية قد يكون غير كامل، لكنه بالتأكيد أفضل من لا شيء. وهذا الفهم الحالي هو نتيجة لقدر لا يُحصى من الوقت والجهد والطاقة من ملايين الأشخاص الأذكياء حسني الاطلاع. ويمكن أن يكون ذلك، وبشكل منتظم، مفيدًا للغاية، وينقذ أرواحًا تُعد ولا تُحصى من البشر.

بشكل عام، لا يزال هناك الكثير مما لا نعرفه عن الصحة النفسية والعقلية. ولكن هناك أيضًا الكثير *مما* نعرفه. وتُستخدَم تلك المعرفة بطرق متنوعة.

هذا ما يدور حوله هذا الكتاب. إنه محاولة للتوضيح للشخص العادي ما وصلنا إليه من فهمنا المعاصر للصحة النفسية والعقلية، وكيف يُستخدَم هذا الفهم للتعامل مع القضايا المحيطة بها. ولنعود إلى حيث بدأنا، يمكننا الوصل بين كل ذلك تقريبًا وبين عمل المخ. هناك أوقات يخطئ فيها المخ، فتعاني بذلك صحتنا النفسية أو العقلية.

هناك أيضًا أوقات لا يخطئ فيها مخنا في حد ذاته، ولكن فقط ينتهي به الأمر بفعل أشياء خاطئة أو غير مفيدة، وبذلك تعاني صحتنا النفسية والعقلية. يشبه الأمر نوعًا ما عندما يُصاب جهاز الكمبيوتر بفيروس؛ هناك مشكلة تحتاج إلى المعالجة، لكنك لست بحاجة إلى استبدال معالج البيانات أو اللوحة الأم. فالكمبيوتر يعمل بشكل جيد، هناك فقط ما يجبره على فعل بعض الأشياء غير المفيدة.

أيضًا مخ كل شخص منا مختلف عن نظيره. تعتمد طريقة تشكيل أمخاخنا على عدد لا يُحصى من العوامل المختلفة، بداية من الحمض النووي إلى الهرمونات إلى تجارب الحياة إلى النظام الغذائي إلى البيئة، وغير ذلك الكثير. لذلك، في حين أن أمخاخ الناس قد تبدو متشابهة من الخارج، فإنه في المستويات المجهرية العميقة، فإن الترتيبات المحددة للوصلات بين مليارات الخلايا التي يتكون منها مخك –تلك الروابط التي تحدد من أنت وكيف تؤدي وظائفك– هي ترتيبات ووصلات فريدة خاصة بك أنت وحدك، لدرجة أكبر بكثير مما يمكن أن تكون عليه أي بصمة إصبع.

لذا، فإن بعض الأدوية ستكون مفيدة بالنسبة إلى بعض الناس، وستجعل الأمور أسوأ بالنسبة إلى آخرين. سيستجيب بعض الأشخاص جيدًا للعلاجات

المعرفية الكلامية، والبعض الآخر لن يستجيب. سيواجه بعض الأشخاص نفس المشكلة الجوهرية بطرق مختلفة تمامًا عن الآخرين.

ولأن المخ البشري ليس بالآلة المنطقية البسيطة، فهناك عدد لا يحصى من التشنجات اللاإرادية والنبضات والتحيزات والاختلالات التي تؤثر على كيفية تجربتنا ومراقبتنا واستجاباتنا لصحتنا النفسية والعقلية، وللمشكلات التي يمكن أن تحدث بشأنها.

هدفي هو استكشاف كل هذا واستكشاف كيف ينطبق ما تحدثنا عنه على اضطرابات معينة في الفصول التالية. على وجه التحديد، أكثر اضطرابات الصحة النفسية والعقلية شيوعًا في العالم الأوسع اليوم. تميل هذه إلى أن تكون من النوع العصابي[1] (Neurotic): كاضطرابات المزاج (Mood Disorders) أو اضطرابات القلق (Anxiety Disorders). في حين أن الاضطرابات الذهانية (Psychotic Disorders) واضطرابات الأكل (Eating Disorders) واضطرابات الشخصية (Personality Disorders) منتشرة وتتطلب بالتأكيد المزيد من الاهتمام والفهم، فمن المستحيل على أي شخص تغطية كل جوانب مشكلات الصحة النفسية والعقلية في كتاب واحد.

ولكن دفاعًا عن نفسي، فحتى صب الاهتمام والتركيز على الاضطرابات الأكثر شيوعًا ومحاولة شرحها هي مهمة كبيرة جدًّا، مهمة تحمل في طياتها احتمالية كبيرة لفشلي فيها.

لكني على الأقل قد حاولت. وهذا هو الشيء المهم، أليس كذلك؟

(1) تطلق كلمة عصابي (Neurotic) في مثل هذه السياقات للإشارة إلى الأمراض النفسية التي يظل الفرد فيها محافظًا على قدراته العقلية والإدراكية، هذا في مقابل كلمة (Psychotic) ذُهانية، والتي تطلق على الأمراض التي يصاب فيها عقل الشخص وإدراكه للواقع من حوله. ولذلك حرصت في ترجمتي لكلمة Mental Health على استخدام الصحة النفسية والعقلية للإشارة إلى أنه ليست كل مشكلات الصحة النفسية والعقلية على حد سواء، فبعضها قد يكون نفسيًا وبعضها قد يكون عقليًا، وهذه نقطة يطول الحديث عنها ولكني أردت أن أشير إليها على عجالة هنا. (المترجم).

2

كيف يعمل المخ

إذًا، ما الذي يحدث في المخ عندما نعاني مشكلات الصحة النفسية والعقلية؟

حسنًا، قبل أن أجيب عن ذلك التساؤل، أشعر أنني بحاجة إلى التأكد من أننا جميعًا على دراية بالأساسيات. ليس من المفيد حقًّا شرح ما يحدث داخل المخ عند حدوث خلل ما إذا كنا لا نعرف حقيقة ما يحدث داخل المخ عندما تكون الأمور على *ما يرام*. لأنه لا فائدة من إعطائي شرحًا مفصلًا عن علم الأعصاب الكامن وراء مسائل الصحة النفسية والعقلية إذا لم يكن لدى الشخص الذي يسمعني أي فكرة عما أتحدث عنه. من الأفضل حينئذ أن تقضي مع من يسمعك عشر دقائق في إحداث صوت إطلاقٍ للغازات باستخدام إبطيك. لن يكون من يشاهد ذلك أقل استنارة من شخص يسمع عن علم الأعصاب ولا يفهم عنه أي شيء، وعلى الأقل قد يحصل الشخص الآخر على بعض الضحك والقهقهة من تلك الحركات.

لكن إذا كنا سنطبق مبادئ العمليات العصبية على قضية دقيقة مثل قضية الصحة النفسية والعقلية فمن المفيد جدًّا معرفة أساسيات عمل المخ. يشبه الأمر كيف تحتاج إلى أن تفهم تشريح الجسد جيدًا إذا كنت تريد أن تصبح

طبيبًا، وبخاصة إذا كنت تريد أن تصبح جراحًا. إذا كان هناك شيء واحد لا تريد أن تسمعه من جراح وأنت تحت يديه فهو «*ما هذا* بحق الجحيم؟»[1]

في الواقع، قد يكون إلمامك ببعض الفهم الإجمالي للخصائص الرئيسية للمخ أمرًا جوهريًا لتتمكن من فهم الاضطرابات والمشكلات التي سأتحدث عنها في باقي الكتاب.

لذا، دعونا نتحدث في البداية عن بنية المخ وطريقة عمله. سننظر في اللبنات الأساسية المكونة للمخ، الجينات والجزيئات التي تشكل خلايا المخ وتمدها بصفاتها المميزة والحيوية. وسنتأمل في كيفية تواصل خلايا المخ تلك عن طريق تمرير الإشارات ذهابًا وإيابًا، مما يسمح للبشر بأن تنحرف عقولهم عن مسارها الطبيعي. وسنستكشف هيكل المخ وتخطيطه، والعناقيد[2] والشبكات والدوائر، والأشياء التي تؤدي إلى مثل هذا التعقيد، وكل تلك التفاصيل الغنية عندما يتعلق الأمر بما يدور داخل رؤوسنا.

أبسط العناصر المكوّنة لنشاط المخ

مثل كل شيء آخر في جسدك، يتكون المخ من خلايا. جيد جدًا.

عادة، عندما يشير الناس إلى خلايا المخ، فإنهم يقصدون *الخلايا العصبية (neurons)*. ربما تكون قد رأيت صورًا لها. إنها تلك الخلايا المتفرعة المدببة بشكل غامض، والتي تبدو وكأنها مزيج مختلط من شجرة أرضية وعنكبوت حي. على الرغم من ذلك، وبينما يشير الكثير من الناس إلى الخلايا العصبية على أنها خلايا مخية، فهذا ليس دقيقًا تمامًا، حيث توجد تلك الخلايا في أماكن أخرى في جسدك وليس المخ فقط. تلك الخلايا تشكل جهازك العصبي بأكمله، كالحبل الشوكي، وجميع الأعصاب المنتشرة في أنحاء جسدك كله، حيث تنظم وتتحكم تلك الخلايا في أجهزتك الفسيولوجية، وتستقبل وترسل المعلومات من حواسك وأجهزتك الطرفية إلى المخ، والعكس، وما إلى ذلك.

---

(1) بالنسبة إلى أي من محبي عائلة سمبسون، نعم، هذا هو ما سمعه هومر من جراحه، الدكتور نيك ريفييرا، قال له تلك الجملة في أثناء بدء التخدير عند قيامه بجراحة تحويل مجرى الشريان. إحدى النكات المفضلة لدي في هذا المسلسل.

(2) العناقيد (جمع عنقود) وهي كلمة تصف مجموعة من الأشياء المتشابكة والمتعاقِدة في أصْل واحِد. (المترجم)

أيضًا الخلايا العصبية ليست هي وحدها المكونة للمخ والجهاز العصبي. هناك أنواع أخرى من الخلايا تشارك في تكوينهم، غالبًا ما تسمى الخلايا الدبقية (Glia) أو الخلايا الداعمة (Supporting Cells). تحافظ هذه الخلايا بشكل أساسي على المخ متماسكًا، في كتلة واحدة. إنها تدعم الخلايا العصبية وتحميها وتساندها وتحافظ عليها. تلك الخلايا مثلها مثل الحاشية -المرافقون والحراس والمساعدون الشخصيون- للخلايا العصبية، المؤديات الرئيسيات للعرض[1]. هذه الخلايا الداعمة توجد بوفرة كبيرة مثل الخلايا العصبية في المخ، ولها نفس الأهمية: لن تظل على قيد الحياة ثانية واحدة دونها. على الرغم من ذلك، سأضع تلك الخلايا جانبًا وأصب تركيزي فقط على الخلايا العصبية، لأن الخلايا العصبية هي التي تفعل كل الأشياء التي يركز عليها هذا الكتاب. وعلى ذلك، إذا قلت «خلايا المخ» من هذه النقطة فصاعدًا، فأنا أعني بذلك الخلايا العصبية.

عادة ما تحتوي الخلايا العصبية على كتلة مركزية كبيرة واحدة، أو محور، يسمى جسم الخلية. وتمتلك الكثير من الأطراف أو الفروع الصغيرة، والمعروفة باسم الزوائد الشجرية (Dendrites)، وعادة ما يكون لدى الخلايا العصبية طرف واحد كبير يشبه جذع الشجرة ويسمى المحور العصبي (Axon). يمكن أن تكون الخلايا العصبية طويلة جدًا، مثل العصب الوركي (Sciatic Nerve)[1] الذي يمتد من عمودك الفقري إلى نهاية ساقك، متخطيًا طوله مترًا كاملًا، وهذا أطول عصب في الجسد. قد لا يبدو هذا كثيرًا، لكن عندما نتذكر أننا نتحدث عن خلية واحدة، فهذه مسافة هزلية. والأعصاب (Nerves)، تلك الكابلات الطويلة الخيطية الإسفنجية التي تمر في كل مكان في أجسادنا، هي في الأساس عبارة عن حزم من الخلايا العصبية (Neurons)، منسوجة معًا مثل الخيوط الفردية التي تشكل حبلًا سميكًا.

يوجد نحو مائة مليار خلية عصبية في المخ، وعمليًا، كل شيء يفعله المخ، بداية من الوظائف الأساسية مثل التحكم في التنفس أو الحركة إلى الإجراءات المعقدة بشكل مروع مثل معالجة اللغة والتخيل، يعتمد على نشاط حيوي في الخلايا العصبية. أو ربما بشكل أكثر دقة، نشاط حيوي بين الخلايا العصبية.

(1) أو في بعض الحالات، المغنيات.

لذا، دعونا نلقي نظرة على ماهية هذا النشاط في الواقع، وكيف يحدث ويعمل. لأننا حرفيًّا لن نكون أي شيء دون ذلك النشاط.

أولًا، تمتلك جميع الخلايا ما يسمى بجهد الغشاء (Membrane Potential)[1]. الغشاء هو جلد الخلية، وهو طبقة من الجزيئات الدهنية التي تُبقي ما بداخل الخلية منفصلًا عما بخارج الخلية. يبدو الأمر بسيطًا، ولكن عندما يكون الأمر على مستوى الجزيئات، فإن مثل هذه الفروق ليست واضحة تمامًا كما قد تأمل، لذا فإن معرفة هذا أمر مهم جدًّا.

ثم بعد ذلك لدينا الوسط الخلوي (Cellular Medium). وهو في الأساس المادة التي تقيم فيها الخلايا، أو تعيش، أو تجلس، أو أيًّا يكن. بالنسبة إلى الأسماك في المحيط، فإن مياه البحر هي الوسط المناسب لها. بالنسبة إلينا نحن البشر، الهواء المشبع بالأكسجين هو الوسط المناسب لنا. بالنسبة إلى خلاياك، فالوسط المناسب لها هو نوع من السائل الغنيّ جزيئيًّا، والذي يتخذ أشكالًا مختلفة في جميع أنحاء أجسادنا وأنسجتنا.

هذا الوسط الخلوي، في معظم المخلوقات الكبيرة[2]، يسمى السائل خارج الخلية أو السائل البَرَّانِيّ (Extracellular Fluid). وهذه في الأساس الطريقة التي نصف بها كل السوائل الموجودة داخل جسدك لكنها ليست موجودة *داخل* خلية. وهذا أمر منطقي. يُطلق على السائل الذي يحيط بالخلايا ويدعمها بشكل مباشر على وجه التحديد السائل الخلالي (Interstitial Fluid). لكن لا تشغل بالك بالمسميات الآن، ركز فقط على حقيقة أن تلك السوائل جوهرية لإبقائنا على قيد الحياة.

قد يبدو هذا أمرًا مبالَغًا فيه، لأنه كيف يمكن أن يكون القليل من السائل الذي لا يمكن وصفه، لدرجة أنه ليس جيدًا بما يكفي ليوجد داخل الخلايا،

---

(1) المقصود بالجهد هنا في كلمة «جهد الغشاء» هو الجهد الكهربائي لغشاء الخلية. والجهد الكهربائي لغشاء الخلية يُقصد به مقدار الفرق في الطاقة الكهربائية الكامنة بين داخل وخارج الخلية، أي بين جهتي الغشاء الخلوي. ومن هنا نبدأ في معرفة أن العمليات الحيوية التي تحدث داخل الخلايا العصبية هي عمليات كهروكيميائية، فنشاطها يعتمد على عمليات كهربائية وكيمائية معًا. (المترجم).

(2) بمعنى، أي مخلوق يمكننا رؤيته دون مجهر.

مهمًّا لتلك الدرجة؟ حسنًا، نحن من الثدييات، مما يعني أننا تطورنا للتحكم في العديد من العمليات الداخلية المحافظة على حياتنا وتنظيمها، مثل درجة حرارة أجسادنا. تُنظَّم هذه العمليات كلها إلى حد كبير على المستوى الخلوي من خلال عمليات التبادل الراقية والحساسة والمعقدة إلى حد يُذهِب العقل بين المواد الكيميائية. ويحتوي السائل الخلالي على كل هذه المواد الكيميائية، ويسمح لها بالحركة والانتقال. إن القول بأن السائل الخلالي مهم لإبقائنا أحياء يشبه القول بأن كوكب الأرض مهم لإبقاء المدن في أماكنها.

لذا، فإن السائل الخلالي عبارة عن حساء معقد من المواد الكيميائية الحيوية. وهذا السائل ممتلئ بالأيونات[1]، والتي في هذه الحالة، هي ذرات وجزيئات موجبة *الشحنة*. ومع ذلك، فإن غشاء الخلية (**Cell Membrane**)، الطبقة المعقدة من الشحوم والدهون التي تشكل «جلد» الخلية، تحافظ على معظم هذه الأيونات خارج الخلية. والنتيجة هنا هي وجود أيونات موجبة الشحنة خارج الخلية أكثر من *داخلها*.

إذا كان ذلك سيساعدك، فكِّر في الخلية كقلعة منفوخة للأطفال في أحد المهرجانات، والأيونات أطفال يريدون اللعب عليها. لكن لا يمكنهم جميعًا اللعب عليها في نفس الوقت؛ سوف يسبب هذا أضرارًا وإصابات بالغة، وسيجعل هذا المهرجان بأكمله غير عملي. لذا، فإن المشرفين على مدخل القلعة النطاطة (أي غشاء الخلية) يسمحون فقط لعدد معين من الأطفال بالدخول والخروج. سيجعل هذا الأمر حتمًا عدد الأطفال خارج القلعة النطاطة الذين ينتظرون الدخول أكبر بكثير من عدد الأطفال داخل القلعة النطاطة الذين يحاولون الخروج. ولذلك، هناك أيونات خارج الخلية أكثر من داخلها.

لكن المعلومة الأساسية هنا هي أن الأيونات تحمل شحنة كهربائية صغيرة موجبة. وإذا كان هناك عدد أكبر منها خارج الخلية مقارنة بداخلها، فهناك مستوى أعلى من الشحنات الموجبة على الجزء الخارجي من غشاء الخلية مقارنة بالجزء الداخلي، لأن هناك المزيد من الأيونات على ذلك الجانب. يُنشئ

(1) لماذا؟ حسنًا... إنها الكيمياء، هذا هو السبب.

هذا الاختلاف في الشحنة جهدًا كهربائيًا (Electrical Potential)، فولت[1] (Voltage)، على سطح الخلية، يُعرف أيضًا باسم جهد الراحة للغشاء[2] (Resting Membrane Potential).[2]

من الأفضل ترك تفاصيل النشاط الكهربي وكيفية عمله للفيزيائيين لشرحه، ولكن ببساطة، سطح جميع الخلايا نشط كهربائيًا. هناك فولت أو جهد كهربائي مستحث كيميائيًا على سطح الخلايا، تمامًا كما في البطاريات -وإن كان في الخلايا صغيرًا جدًا- وذلك نظرًا إلى كون الخلايا مجهرية الحجم.

قد تفكر الآن... وماذا في ذلك؟ الخلايا نشطة كهربائيًا قليلًا، وكذلك البالونات إذا قمت بفركها بدرجة كافية. ما الذي يهم؟ حسنًا، مرة أخرى، دون جهد الراحة لغشاء الخلية هذا، لا يمكن *أن* توجد الحياة التي نحياها. لن تكون الخلايا قادرة على فعل أي شيء مفيد. أعترف أن هذا المفهوم محير، لكنه ذو صلة وثيقة بكلامنا. لأنه وبينما يوجد جهد الراحة الحيوي لأغشية الخلايا، أعني عدم التوازن في الشحنات الكهربائية داخل الخلايا وخارجها، في جميع الخلايا، فإن الخلايا العصبية خلايا استثنائية، لأنها يمكن أن تغير جهد الراحة هذا.

يمكن للخلايا العصبية، عندما تتطلب الظروف، تغيير الطريقة التي يعمل بها جزء معين من غشائها. تعمل الجزيئات المتخصصة في الغشاء كقنوات وبوابات ومضخات للأيونات، ويمكن تفعيلها في ظروف معينة، مما يعني أن الأيونات الموجبة يمكنها أن تتدفق عبر الغشاء، مما يؤدي إلى أن يصبح داخل الخلية *أكثر* إيجابية من خارجها. يُنشئ هذا جهدًا كهربائيًا مختلفًا مقارنةً بجهد الراحة المعتاد. وتتراوح قيمته من نحو *سالب* سبعين ملي فولت إلى موجب أربعين ملي فولت. مرة أخرى، قد لا يبدو ذلك كثيرًا، لكنه قدر *هائل*.

(1) تترجم أيضًا كلمة Voltage بالجهد الكهربائي، ولكني آثرت استخدام كلمة فولت حتى يتضح المعنى أكثر. (المترجم).

(2) عندما يكون جهد الغشاء ثابتًا، نسبيًا، وتكون الخليّة هامدة (أي في حالة غير فعالة كهربائيًا)، ينعت هذا الجهد الكهربائي بجهد الراحة للغشاء. (المترجم).

الفكرة هي أن كل هذا يحدث عادة في جزء صغير فقط من سطح غشاء الخلايا العصبية. ولكن بسبب الطريقة التي تعمل بها الشحنات الكهربائية والبيئات المائعة والتفاعلات الكيميائية، وحقيقة أنه لا يوجد شيء يفصل تلك النقطة على غشاء الخلية التي حدث فيها هذا التغير الكهربائي عن السوائل الطبيعية الموجودة حوله، ينتشر هذا التغير في الجهد الكهربائي للغشاء متحركًا بعيدًا عن النقطة التي بدأ فيها، وينتقل على طول غشاء الخلية العصبية.

أبسط طريقة للتفكير في الأمر هو أنه مثل إلقاء حصاة في بركة راكدة. تنتقل الموجات نحو الخارج على سطح الماء، بداية من النقطة التي اخترقت فيها الحصاة سطح الماء، أليس كذلك؟ لكن الماء لم يتغير ولا الهواء فوق سطحه. الموج ليس حقًّا «شيئًا» منفصلًا عن الماء، لكنه موجود على سطحه بالتأكيد. هو نقطة تغير متحركة ومتنقلة. هذا التغير في الخواص الكهربائية لغشاء الخلايا العصبية يشبه ذلك كثيرًا، إنه تموج، تغير موضعي، ولكنه متحرك، في الحدود المتجانسة بين وسيطين لولا وجود ذلك التغيير. إلا أنه بدلًا من الهواء والماء، فهذا التغير تغير كهربائي -أو كهروكيميائي، إذا كنت تفضل ذلك- ينتقل على طول غشاء الخلايا العصبية، بين بيئتين من السوائل المجهرية الحجم.

ومع ذلك، فإن مقارنة التموجات في الماء هذه لا تصف الصورة كاملة، لأن الماء في البركة في الأساس لا دور له في العملية برمتها؛ إنه لا يفعل أي شيء حقًّا لمساعدة الأمواج في الحركة. لكن تخيل لو كان كذلك. تخيل لو كان بإمكان الماء بطريقة أو بأخرى تشكيل الموجات التي تحدث عند سقوط حصاة فيه، أو توجيهها، أو تسريعها.

إذا كان من الممكن توجيه التموجات وتركيزها، بحيث تذهب فقط إلى حيث تريدها بدلًا من الانتشار في كل مكان، يمكنك إرسالها إلى مواقع محددة. إذا تمكنت من إنشاء موجات جديدة بسرعة وفي تتابعات مطردة، يمكنك تكوين رسائل معقدة، مثل نوع من شفرة مورس. موجتان لـ «نعم»، وثلاث لـ «لا»، وأربع للحرف «أ»، وهكذا. وإذا أمكنك تسريع تلك الموجات بطريقة ما، ستتمكن من إرسالها عبر الماء بسرعة أعلى بكثير. بتجميع كل

هذا معًا، يمكنك استخدام هذه البركة السريالية لإرسال معلومات معقدة، بسرعة كبيرة، إلى مواقع محددة، عبر الموجات الموجودة على سطح البركة.

غريبة كما تبدو، هذه «البركة الذكية» الافتراضية في جوهرها تمثل غشاء الخلية العصبية. إنها مرصعة بالجزيئات المتخصصة المعقدة التي تسمح بحدوث «جهد الفعل» أو «كُمون الفعل» (Action Potential) (وهو ذلك التغير في عدم التوازن الكهربائي الموجود في جميع الخلايا) قبل أن تعود الخلايا إلى طبيعتها كما كانت. ليس ذلك فحسب، فغشاء الخلية العصبية يساعد أيضًا في توجيه جهد الفعل هذا، وتوصيله من أحد طرفي الخلايا العصبية إلى الطرف الآخر. ويمكنه أيضًا تسريعه.

لماذا؟ لماذا كل هذا؟ حسنًا، هذه الإشارات، تلك الاندفاعات الميكروسكوبية من النشاط الكهربائي التي تحدث في الخلايا العصبية المعروفة باسم جهد الفعل[3]، هي ما يستخدمه مخك للقيام بـــ... كل شيء تقريبًا. يوجد منها تريليونات لا حصر لها تحدث في جميع أنحاء مخك وجهازك العصبي، في كل ثانية من وجودك. كل فكرة، كل حركة، كل تجربة حسية لديك: كلها هي النتيجة النهائية لجهد الفعل الذي يحدث في أجزاء معينة من المخ والجهاز العصبي. إنها الإشارات التي تنتقل من خلية عصبية إلى خلية عصبية أخرى، والتي تسمح للمخ بالقيام بجميع العمليات والحسابات المعقدة التي يحتاج إلى القيام بها. إنها بالنسبة إلى عقلك، ووعيك، كالذرات بالنسبة إلى الشجرة، وكالكلمات بالنسبة إلى القصاص -أشياء بسيطة وهي منفردة، ولكن يمكن دمجها والتعبير عنها بطرق تجعلها في النهاية غنية ومعقدة بشكل لا يُصدَّق.

إليكم سبب إخباري لكم بكل هذا. أولًا، بعد تعرفك على هذه المعلومات، آمل أن تبدأ في رؤية كيف يمكن للمخ، تلك الكتلة القبيحة من الدهون والشحوم الموجودة في جماجمنا، أن يثير الأفكار واللغة والدوافع والعواطف والتجارب، وما إلى ذلك. ثانيًا، وبشكل أكثر تحديدًا، جهد الفعل هذا، وكل ما يفعله، يمكن أن يحدث فقط بسبب البنية والخصائص الفريدة جدًّا والدقيقة للخلايا العصبية. تُحدَّد بنية الخلايا العصبية، بفضل إملاءات الطبيعة والكيمياء، من خلال الجزيئات التي تتكون منها. وماذا عن هذه الجزيئات؟ الكثير منهم بروتينات.

تلعب البروتينات أدوارًا حيوية لا حصر لها في بنية الخلية وعملها. في هذا السياق، أتذكر تلك الجزيئات المعقدة في أغشية الخلايا العصبية، تلك البوابات والقنوات التي تسمح بحدوث جهد الفعل واستخدامه بهذه الطرق المعقدة؟ هذه بروتينات. والبروتينات هي ما تنتجه الجينات -أجزاء مخصصة من حمضنا النووي (DNA)- وهذه هي ببساطة *الوظيفة الأساسية* للحمض النووي: إنه مجموعة هائلة من التعليمات لتركيب كل البروتينات الضرورية لتكوين كائن حي. في سياقنا هذا، تكويننا نحن البشر. يقوم الحمض النووي بأشياء أخرى أيضًا، ولكن هذا هو الشيء الرئيسي (على حد علمنا).

وإذا كان الحمض النووي عبارة عن مجموعة من التعليمات لصنع البروتينات التي نحتاج إليها لكي نوجد، فلا يمكن إنكار الأهمية *البالغة* لكون تلك التعليمات سليمة. البروتينات عبارة عن سلاسل طويلة من الأحماض الأمينية (نوع أصغر وأقل تعقيدًا من الجزيئات) مطوية بطريقة ثلاثية الأبعاد معقدة للغاية، مثل نوع من الأوريجامي المجهري يمكنك فيه طي الورقة عدة آلاف من المرات. الشكل النهائي للبروتين يُعد أمرًا حاسمًا في السماح له بالقيام بما يحتاج إليه، ويُحدَّد هذا الشكل من خلال التسلسل الدقيق لسلسلة الجزيئات التي يُجَمَّع منها. وإذا لم يكن هذا التسلسل صحيحًا بنسبة مائة في المائة، فإن شكل البروتين يتغير، وقد لا يكون قادرًا على أداء وظيفته بشكل صحيح، هذا إذا كان قادرًا على أداء وظيفته أصلًا. وبأخذ وظيفة الحمض النووي في الحسبان، فهذا هو جوهر المشكلات الجينية الوراثية، تغييرات غير مفيدة في الحمض النووي لشخص ما، تؤدي إلى إدخال الأخطاء في بنية البروتينات.

إذا كان ذلك مفيدًا، فيمكنك التفكير في الأمر مثل التعليمات الخاصة ببناء شكلٍ بمكعبات الليجو. كل مكعب فردي تضيفه إلى الآخر يبدو صغيرًا وغير مهم في حد ذاته، ولكن إذا قمت بوضعه بشكل خاطئ قليلًا، يؤدي ذلك لوجود أخطاء طفيفة في بداية بنائك للشكل، مما يتسبب في حدوث اضطرابات كبيرة في العملية البنائية بشكل غير متناسب مع تلك الأخطاء البسيطة التي حدثت في البداية، وبالتالي سيؤدي ذلك إلى أن يكون الشكل النهائي غير متناسق، أو غير قوي بشكل كافٍ، أو لا تستطيع تكوينه على الإطلاق. وبالمثل

كذلك القليل من الأحماض الأمينية غير الملائمة في التسلسل يمكن أن تسبب الكثير من المشكلات للبروتين.

في كثير من الأحيان، لا تكون تلك المشكلات كبيرة. الحمض النووي يرسل التعليمات المشفرة للكثير من البروتينات، وليست كل تلك البروتينات حيوية بالضرورة. ولكن إذا كان البروتين المصاب عنصرًا أساسيًا في عملية خلوية مهمة، عنصر تعتمد عليه صحتنا، فهذه مشكلة كبيرة.

على سبيل المثال، إذا كان البروتين المتورط في إرسال جهد الفعل مشوَّهًا، فإن الخلايا العصبية ستكون أقل قدرة على إرسالها وتنظيمها. وسوف يتشوه البروتين إذا كان الجين الذي يحتوي على التعليمات الخاصة بالبروتين فاسدًا بشكل ما. تذكر أن كل خلية في الجسم تستخدم نفس الحمض النووي، لذلك إذا كان البروتين فاسدًا في خلية *واحدة*، فهناك احتمال كبير أن يكون فاسدًا في جميع الخلايا.

وهذه هي الطريقة التي يمكن بها لقضايا الصحة النفسية والعقلية أن تحتوي على مكون وراثي. يمكن أن يكون لديك جين معيب يرسل التعليمات لبروتين له أدوار مهمة في خلايا عصبية معينة. وقد تكون هذه الخلايا العصبية عنصرًا أساسيًّا في وظيفة مخية معينة. لذلك، فإن وجود هذا الجين المعيب يعني أن عمل تلك الخلايا العصبية سيتعرض للخطر. ومن المنطقي كذلك قدرة عقلك على أداء أي وظيفة تشارك فيها تلك الخلايا العصبية. وإذا كان هذا الدور جزءًا مهمًّا في الحفاظ على صحتك النفسية أو العقلية؟ إذًا...

من المعروف أن هناك عوامل وراثية تشارك في قدر واسع من قضايا الصحة النفسية والعقلية[4]. هناك أدلة كثيرة على أن الاكتئاب والقلق والذهان والإدمان والفصام واضطراب ثنائي القطب وغيرها من الاضطرابات يشارك في ظهورها على الأقل بعض العوامل الجينية، مما يفضي إلى وجود عامل الوراثة. كما هو الحال إذا كان أحد والديك أو أحد أفراد أسرتك مصابًا باضطراب معين، فإن احتمالات إصابتك بنفس الاضطراب أعلى قليلًا من شخص آخر يشبهك تمامًا ولكن ليس لديه أي تاريخ عائلي من الإصابة بهذا الاضطراب. ولكي أوضح الأمر ببساطة قدر الإمكان، أنت وأفراد عائلتك لديكم الكثير من الجينات والكثير من الأحماض النووية المشتركة، فإذا كانت هناك

مشكلة في حمض نووي تؤدي إلى مشكلة في الصحة النفسية أو العقلية لأحد أقاربك، فمن المرجح أن تكون نفس المشكلة ذاتها موجودة في حمضك النووي.

لكن لحسن الحظ، هذه القضية ليست ببساطة قضيةَ أبيض أو أسود. لا يوجد جين محدد يسبب، على سبيل المثال، الاكتئاب، بحيث نستطيع الجزم بأنك لن تصاب بالاكتئاب ما لم يكن هذا الجين جزءًا من حمضك النووي، وإذا كان جزءًا من حمضك النووي فحتمًا ستصاب بالاكتئاب. المخ البشري لا ينفك عن كونه معقدًا للغاية ومركبًا وملتويًا بحيث لا يسمح بمثل هذه التركيبة البسيطة. العوامل الوراثية في مشكلات الصحة النفسية والعقلية أكثر خفاءً بكثير، فهي تساهم في تطور الاضطرابات، وتحيد بأداء المخ إلى أن يكون غير مفيد، ولكنها بالتأكيد ليست السبب الوحيد لتلك المشكلات. في كثير من الحالات، لا نعرف حتى ما هي تلك الجينات المسببة للمتاعب، فنحن لا نستطيع الاستدلال على وجودها إلا من خلال النظر إلى البيانات، ورؤية عدد المرات التي تحدث فيها المشكلات في سلالات عائلية محددة من الجينات، وما إلى ذلك.

ومع ذلك، ليس هذا هو الحال دائمًا. في بعض الأحيان، تكون تأثيرات العوامل الوراثية صارخة الوضوح. أكثر الأمثلة سطوعًا على هذا هو داء هنتنغتون (Huntington's Disease)، والذي نعرف أن سببه جين معين، يساهم في تشكيل بروتين هنتنغتين[5]. في بعض الأشخاص، تكون سلسلة الجزيئات التي تشكّل بروتين هنتنغتين طويلة جدًا، بسبب وجود خلل مؤسف في بعض الجينات. وبسبب هذا الخلل جزء من الجينات يُكرَّر في سلسلة البروتين أكثر مما ينبغي. الأمر أشبه بما لو أن تلك الجينات بدلًا من أن تقول «هنتنغتين» تقول «هنتنغتينتنتينتنتينتنتينتنتينتنتين».

الوظيفة المحددة لهذا البروتين غير معروفة حاليًا، لكننا نعلم أنه مهم في التأثير على جوانب مختلفة من بنية المخ وكيفية عمله، حيث تتمثل أكثر الأعراض الكلاسيكية لداء هنتنغتون في عدم القدرة على التحكم في حركة الجسد، واضطرابات المزاج. بالإضافة إلى تدهور العديد من مناطق المخ

المهمة. كل هذا بسبب وجود جزء واحد من الجين المصاب أطول مما ينبغي، مما يؤدي إلى وجود بروتينات مشوهة.

لسوء الحظ، نادرًا ما تكون العوامل الوراثية بهذا الوضوح في المشكلات المتعلقة بالصحة النفسية والعقلية، وذلك لأن المخ البشري متشعب ومعقد وقادر على التكيف بشكل مذهل. هذا بالإضافة إلى أن بنية مخك وكيفية عمله تتأثر بكيفية نشأتك ونموك بنفس القدر الذي تتأثر به بحمضك النووي وما ورثته من والديك. يمتلك المخ العادي الفيض الكثير من التأقلم أيضًا، فهو دائمًا ما يطور حلولًا بديلة أو طرقًا بديلة للقيام بشيء ما إذا كان هناك صعوبة أو عائق في القيام به.

لكن لا تزال قدرته على القيام بكل هذا محدودة. وإذا كان هناك عامل جيني يسبب مشكلات في أعماق العمليات الخلوية التي يعتمد عليها المخ، فيمكن أن يحدِث هذا غالبًا الفرق بين القدرة أو عدم القدرة على التعامل مع الأشياء التي تضر بصحتك النفسية أو العقلية.

لنلخص الأمر: مخك يتكون من خلايا عصبية، والمعروفة أيضًا بالخلايا المخية. وهذه الخلايا العصبية لها خصائص مميزة تسمح لها بإنشاء وإرسال جهد الفعل الكهربائي (Action Potential) -الإشارات- ذهابًا وإيابًا. هذا هو الشيء الذي يستخدمه المخ ليفعل كل شيء حرفيًّا، بما في ذلك ما يتعلق بأذهاننا: أفكارنا وعواطفنا وإدراكاتنا وكل ذلك. لكن كل هذا يعتمد على البنية والتكوين الخاص بالخلايا العصبية. وأحيانًا، يمكن أن تؤدي بعض الجينات المسيئة للتصرف إلى وجود خلل وأخطاء. وبالتالي، حتى في هذا المستوى من العمق، مشكلات الصحة النفسية العقلية يمكن أن تحدث.

والآن، ها هي النقطة المقلقة. على الرغم من مدى تعقيد كل هذا، فإنه لا يزال إلى حد كبير *أبسط* الجوانب المتعلقة بكيفية عمل المخ. يأخذ مخك العادي تلك العمليات الأولية ويبني منها طبقات أكبر من التعقيد، وهذا كله يؤثر على صحتنا النفسية والعقلية أيضًا.

دعنا نكبِّر الصورة قليلًا، ونحاول إلقاء نظرة على بعض المعالم الرئيسية الأخرى.

المخ الأجوف: الدور الجوهري للوصلات العصبية

أذهاننا، كل فكرة، كل فعل، كل إحساس نعيشه، كلها نتيجة لجهد الفعل، دفقات دقيقة من المعلومات تنتقل في خلايانا العصبية. إلى الآن، ممتاز. الهدف الرئيسي لجهد الفعل هو أنه يسمح بتمرير الإشارات في الخلية العصبية وبين خلية وأخرى، وهذا يسمح للمخ بأن يفعل ما يفعل. هذه الإشارات يمكنها أن تتوقف تقريبًا في أي مكان في المخ، يمكنها أن تنتقل إلى الخلايا العصبية القريبة، أو إلى تلك الموجودة على الجانب الآخر من المخ، مثل شخص يتصل هاتفيًا بشخص ما على الجانب الآخر من الكوكب.

إلا أن، بالنظر إلى أن هذه الإشارات العصبية صغيرة جدًّا، والمخ كبير جدًّا مقارنة بها، ألن تكون هذه عملية بطيئة؟ قد تظن ذلك، ولكن هذه الإشارات يمكنها أن تنتقل على طول الخلايا العصبية بسرعة تقترب من نصف سرعة *الصوت!* مائة وعشرون مترًا في الثانية. يبلغ طول المخ في المتوسط نحو خمسة عشر سنتيمترًا، مما يعني أن المعلومات تتحرك داخل مخك وجهازك العصبي بسرعة باهرة. صحيح أنها ليست بسرعة المعلومات المنتقلة في الدوائر الكهربائية للآلات وأجهزة الكمبيوتر، والتي تتنقل بسرعة لا بأس بها مقارنة بسرعة الضوء. ولهذا السبب تعالج هذه الأجهزة المعلومات أسرع منا نحن البشر. ولكن على الرغم من ذلك، لا شك أن خلايانا العصبية تعالج المعلومات بسرعة كافية مناسبة لاحتياجاتنا.

إذًا تتقاذف بلايين التريليونات من الإشارات المجهرية حول شبكة معقدة ومحيرة من الخلايا الدقيقة: كيف تتضافر تلك الإشارات وتترجم في تلك التجربة الغنية والموحدة بين البشر؛ العقل البشري أو الوعي البشري؟ حسنًا، نعم، هذا هو السؤال الذي نود الإجابة عنه، أليس كذلك؟ إذا كنت تعرف الإجابة، أخبر الناس بها، لقد حاولوا العثور عليها لقرون عديدة.

لكن، الآن، لنعد إلى ما نعرفه *حقًا*.

عندما يتعلق الأمر بفهم مشكلات الصحة النفسية والعقلية بشكل خاص، تتعلق أحد الجوانب الرئيسية لفهمنا ذلك بكيفية إرسال الخلايا العصبية الإشارات بعضها إلى بعض. لقد رأينا كيف يعمل جهد الفعل الكهربائي للخلايا، ولكن إليك تلك المعلومة: معظم الخلايا العصبية غير متصلة بعضها

ببعض بشكل مباشر. عندما تلتقي إحدى الخلايا العصبية بالأخرى، *فإنها لا تتلامس ماديًا*. هناك فجوة بين كل خلية وأخرى، تُعرف باسم التشابك العصبي (Synapse)، وفيه يحدث الكثير من الأشياء المهمة للغاية[1].

جهد الفعل، تلك الإشارات التي تسمح للمخ بفعل كل شيء، لا *يمكنها* عبور *التشابك العصبي*. توجد في غشاء الخلايا العصبية، جلد الخلية. إذا عدنا إلى تشبيه الموجات الموجودة على سطح البِركة، يمكنك إرسال رسائل عبر البِركة، لكن لا يمكنك استخدام الموجات التي حرَّكتها لإرسال معلومات إلى بِركة أخرى. لأن الموج لا يمكن أن يوجد في مكان ليس فيه ماء. وبالمثل، فإن وجود فجوة بين الخلايا العصبية يعني أنه لا يوجد مكان لحدوث أو انتقال جهد الفعل، ولا يوجد غشاء يمكن أن ينتقل عليه. لا يمكنك عبور جسر غير موجود.

تُحَل هذه المشكلة بالناقلات / النواقل العصبية (Neurotransmitters). عندما تصل الإشارة إلى نهاية إحدى الخلايا العصبية، فإن تلك الخلية تنفث حزمًا من المواد الكيميائية المتخصصة -الناقلات العصبية- في الوصلات العصبية: الفجوة. تحتوي الخلية العصبية الموجودة على الجانب الآخر من الفجوة على مستقبلات متخصصة -على الرغم من وجود المزيد من البروتينات المضمنة حول الغشاء- والتي تلتقي بالناقلات العصبية الكيميائية التي أُطلِقَت في الوصلة العصبية وتتعرف عليها. يؤدي وجود ناقل عصبي إلى بدء العمليات التي تنتج إشارة جديدة، جهد فعل جديد، والذي ينتقل بعد ذلك على طول تلك الخلية العصبية، إلى الوصلة العصبية التالية، وهكذا تكرر تلك العملية كلها.

يمكنك القول إن الناقلات العصبية تشبه المفاتيح، والمستقبلات في الخلية العصبية التالية تشبه الأبواب المغلقة التي تُفتح بواسطة تلك المفاتيح. فتح الأبواب يسمح للرسالة بالاستمرار. أو ربما الأمر أشبه بسباق التتابع؟ حيث يمرر المتسابقون العصا إلى الشخص التالي في الصف. دون العصا، لا يمكن أن يستمر السباق. إلا أنه بدلًا من تمرير العصا وحسب، يجب على العدَّاء التالي في الصف أن يصنع عصا جديدة، ويحملها إلى الشخص الذي بعده،

(1) نعم، من الغريب أن تعتقد أن الفجوة -غياب شيء ما- قد تكون مهمة، لكن دعني أعرفك عليه: هذا هو المخ.

والذي يفعل بدوره الشيء نفسه بعد ذلك. هذه هي الطريقة تقريبًا التي تمرر بها الخلايا العصبية الرسائل بعضها بين بعض.

قد تعتقد أن هذا النظام غير فعال. تحتاج إلى تكوين إشارة جديدة بالكلية في كل مرة تصل فيها الإشارة السابقة إلى الخلية التالية؟ ألن يكون من الأسرع بكثير ربطهم ببعض والسماح للإشارات بالمرور بشكل مباشر بين الخلايا؟

إذا كنا نتحدث فقط عن سلاسل طويلة من الخلايا العصبية تنقل الإشارات من طرف سلسلة ما إلى الطرف الآخر، فعندئذ نعم، سيكون ذلك أسرع بكثير. لكن الخلايا العصبية تفعل أكثر من ذلك بكثير. الخلايا العصبية تُشكل حلقات وتشابكات وفروعًا وتقاطعات وحدودًا وغيرها وغيرها. في بعض الحالات، يمكن أن تستقبل خلية عصبية واحدة إشارات من آلاف الخلايا العصبية الأخرى، ويمكن لخلية عصبية واحدة أن ترسل إشارات إلى آلاف الخلايا العصبية الأخرى. وهذه الترتيبات بين الخلايا تتغير وتتبدل وتتجدد بانتظام بينما يتعلم المخ ويتكيف. إذا كانت الخلايا العصبية مرتبطة بعضها ببعض بشكل ثابت لا يتغير، فلا يمكن لهذا أن يحدث. الاحتفاظ ببعض المسافة بين الخلايا العصبية يسمح بوجود المرونة والقدرة على التكيف والتنوع، وتلك خصائص لا غنى عنها للمخ الفعال.

بالإضافة إلى ذلك، تسمح النواقل العصبية بوجود مجموعة واسعة من البدائل أكثر من مجرد التمرير البسيط لمجرد الإشارات. الخلايا العصبية تنشر مجموعة واسعة جدًّا من النواقل العصبية المختلفة. ربما تكون قد سمعت عنهم من قبل. الدوبامين، الأوكسيتوسين، السيروتونين، هذه كلها نواقل عصبية. وغالبًا ما توجد في الخلايا العصبية عدة مستقبلات مختلفة تستجيب لتلك النواقل العصبية بطرق مختلفة. بشكل أساسي، يوفر النظام الكيميائي للمُرسَلاتِ والمُستقبِلاتِ الكيميائية هذا بدائل كثيرة بشكل كبير لما يمكن أن يوصَل من خلية إلى أخرى.

على سبيل المثال، بعض النواقل العصبية منشطة، مما يعني أنها تعمل على زيادة كمية النشاط في الخلية العصبية التالية، وتخلق إشارات جديدة كما رأينا، أو ربما تُضخم الإشارة التي تنتجها تلك الخلية العصبية، مثل

شخص يرفع مستوى الصوت على جهاز إستريو. هناك نواقل عصبية أخرى مثبطة، مما يعني أنها تقلل من النشاط في الخلايا العصبية التي تتفاعل معها، تقلل قوة الإشارة أو تقطعها، مثل قيام شخص بخفض صوت جهاز الإستريو أو إيقاف تشغيله تمامًا.

نعم، غالبًا ما توصف الخلايا العصبية المتخصصة في أي من هذين النوعين من النواقل العصبية بالخلايا العصبية المنشطة أو المثبطة، لأن تلك الخلايا، على الترتيب، تنشط أو تثبط من عمل الخلايا العصبية التي ترتبط بها. يسمح هذا النظام المرن المعتمد على النواقل العصبية الذي تستخدمه الخلايا العصبية لأجزاء عديدة من المخ بأداء وظائف متعددة؛ لعب أدوار مختلفة. جهد الفعل وحده، على الرغم من أنه أبسط وأسرع وأسهل في التكوين، فإنه لا يسمح بمثل هذا التنوع. النقطة المهمة هي أن النواقل العصبية والتشابكات العصبية قد تسبب بعض التأخير في الاتصال بين الخلايا العصبية، لكن الأمر يستحق تلك التكلفة، لأن وجودها يعني أن نوع المعلومات التي يمكن نقلها في المخ من خلية إلى أخرى أكثر ثراءً وتنوعًا بشكل جوهري.

من الجدير بالذكر أيضًا أن استخدام نظام الناقلات الكيميائية هذا يعني أن المخ والجسد أكثر تشابكًا مما قد يظنه الكثيرون. أتذكر تلك المستقبلات العصبية، تلك الجزيئات المدمجة في الخلايا العصبية الموجودة في التشابك العصبي، والتي تتعرف على ناقلات عصبية كيميائية معينة وتستجيب لها؟ يمكنك العثور على تلك المستقبلات في عدد لا يحصى من الخلايا الأخرى أيضًا، تلك الخلايا التي تشكل الأنسجة والأعضاء الأخرى في الجسد. إلا أنه بدلًا من استخدام النواقل العصبية، والتي هي عبارة عن نواقل كيميائية تطلقها خلية عصبية قريبة، فإن العديد من هذه المستقبلات في الأعضاء الأخرى تُحَفَّز عن طريق *الهرمونات*، وهي رسائل كيميائية توجد في مجرى الدم وتسافر في جميع أنحاء الجسد إلى كل عضو وكل نسيج.

بطريقة ما، الهرمونات بالنسبة إلى الناقلات العصبية كالخطاب البريدي المادي بالنسبة إلى البريد الإلكتروني. قد يكون البريد الإلكتروني أسرع وأكثر مباشرة بينما يجب أن ينتقل الخطاب المادي حول النظام البريدي بأكمله. لكنه سيصل إلى مكانه في النهاية. وبينما من الممكن أن ينتقل

الخطاب المادي حول مدينة بأكملها في شاحنة بريدية، فإنه لا يوجد سوى عنوان واحد سيُسَلَّم إليه.

الهرمونات تشبه ذلك أيضًا. قد ينتقلون حول جسدك بأكمله، لكن لن يكون لهم أي تأثير إلا على الخلايا ذات المستقبلات المناسبة. بالإضافة إلى الجهاز العصبي، فإن نظام الهرمونات، المعروف علميًا باسم نظام الغدد الصماء (Endocrine System)، هو أداة يُتَحَكَّم من خلالها في أنظمة الجسد وتنسيقها وتنظيمها. ونظرًا إلى أن الهرمونات والناقلات العصبية هي في الأساس رسائل كيميائية تتفاعل مع مستقبلات معينة، فهناك الكثير من التداخل بينهما. في بعض الأحيان، يمكن لبعض المواد الكيميائية القيام بواجبات مزدوجة، كما تفعل النواقل العصبية والهرمونات.

الأوكسيتوسين، على سبيل المثال. غالبًا ما يُطلق عليه «هرمون العناق» نظرًا لدوره في المشاعر الإنسانية والترابط البشري، موجود في كلٍّ من مجرى الدم وفي خلايا عصبية متخصصة في المخ، مما يعني أن له العديد من التأثيرات المختلفة، اعتمادًا على مكان انتشاره وكيفية انتشاره. وفوق هذا، هناك أجزاء من المخ مخصصة لإفراز الهرمونات في مجرى الدم عند الحاجة إلى ذلك. يشرف ما تحت المهاد / الهايبوثالاموس (Hypothalamus)، وهو جزء عميق وأساسي في المخ، على الجهاز العصبي الصماوي (Neuroendocrine System). باستخدام لغة بسيطة، هذا هو المكان الذي تقوم فيه الخلايا العصبية المخصصة في المخ ببث الهرمونات في دمك، لتحفيز استجابات مفيدة في أعضاء موجودة في أماكن أخرى من الجسد. وأيضًا، يمكن أن يكون للهرمونات التي تُطلَق في أماكن أخرى من الجسد تأثيرات مباشرة على المخ، والذي هو عضو أيضًا، دعونا لا ننسى ذلك، وبهذا نكون أمام نظام ثنائي الاتجاه.

هذا النظام مهم للصحة النفسية والعقلية ولفهمنا لها، وذلك لعدة أسباب. أولًا، على غرار الجينات، إن أمخاخنا وعقولنا تُدعَمُ بأنشطةِ عددٍ لا يُحصى من المواد الكيميائية التي تعمل بطرق محددة في أوقات محددة. وهذا يعني أنه إذا اعترى خطأ ما هذه المواد الكيميائية، فعندئذ تحدث المشكلات. لقد سمع الكثير من الناس، أو استخدموا بأنفسهم، عبارة «اختلال التوازن الكيميائي» عند مناقشتهم لطبيعة مشكلات الصحة النفسية والعقلية. وفي حين أن الواقع

في الحقيقة أكثر تعقيدًا من ذلك بكثير، فإنه من الصحيح أن وجود الكثير أو القليل من مادة كيميائية حيوية يمكن أن يكون له عواقب وخيمة ويمكن أن يسبب مشكلات خطيرة. سوف نستكشف هذا بعمق أكبر في الفصول التالية.

ثانيًا، إذا كان المخ والجسد بأكمله يُنَسَّق فيما بينهما ويُتَحَكَّم فيهما بواسطة نظام من الرسائل الكيميائية، فهل سيكون من الممكن، بشكل ما، اقتحام ذلك النظام؟ بإدخال مواد كيميائية داخل الجسد من خارجه، لإرسال رسالة مختلفة تُخبِر مخك وجسدك بفعل شيء آخر مختلف عن الذي يفعله؟

نعم، هذا ممكن تمامًا. هذا هو في الأساس جوهر معظم الأدوية، والتي هي مواد كيميائية فيها شيء يشترك مع، أو لها بعض الخصائص المشابهة لـــ نوع معين من الناقلات الكيميائية الموجودة في أجسادنا. وهذا التشابه يعني أن المستقبِلات التي تستجيب للنواقل الكيميائية الطبيعية ستتعرف على تلك الأدوية أيضًا. لذلك يمكن للأدوية أن تؤثر فيما يحدث في خلايا معينة، عن طريق محاكاة، أو منع، أو تغيير، تأثير النواقل الكيميائية التي عادة ما تستجيب لها تلك الخلايا. اتضح لنا أن الأدوية تؤثر *علينا حقًا*، وهذه هي الطريقة.

عادة ما تعمل الأدوية ذات التأثير النفسي (Psychoactive Drugs)، ولا سيما تلك المستخدمة لمعالجة مشكلات الصحة النفسية والعقلية، عن طريق محاكاة نشاط الناقلات العصبية، أو تعمل بطريقة أخرى عن طريق التأثير على إفراز تلك الناقلات العصبية وعلى كيفية استخدامها في التشابكات العصبية. هذه هي الطريقة التي تؤثر بها تلك الأدوية على المخ على وجه التحديد. بالطبع، وبفضل الطبيعة المعقدة بشكل جميل ومحير لوصلات المخ، يصبح دور وتأثير الأدوية مربكًا للغاية، وبسرعة كبيرة. على سبيل المثال، قد يتسبب دواء ما في زيادة نشاط نوع معين من الخلايا العصبية، ولكن إذا كانت تلك الخلايا العصبية عبارة عن خلايا عصبية مُثبطة (Inhibitory Neurons)، فإن هذا يعني أن الخلايا العصبية المرتبطة بها في شبكة المخ سيقل نشاطها. لذا، فإن الدواء الذي يزيد من نشاط خلية عصبية يؤدي إلى *إيقاف* حدوث شيء ما. كما قلت لك، إنه أمر محير.

هناك مسألة أخرى مهمة، وهي أنه بفضل ترابط وتشابك المخ مع نظام الهرمونات، فإنه إذا حدث شيء ما في المخ، فقد يؤدي ذلك إلى أعراض

جسدية. إذا كنت تعاني باستمرار أفكارًا ومشكلات سلبية ومزعجة، فيمكن أن يتأثر جسدك بشكل مباشر بهذا، لأن مخك، الذي يستجيب لهذه الإشارات السلبية، يمكن أن ينتهي به الأمر بضخ رسائل كيميائية في مجرى دمك، مما يؤدي إلى استجابة نظامك الجسدي لتلك الرسائل، غالبًا بطرق غير مفيدة. في هذه الحالة، فإن المخ القلق، المبتلى بالأفكار المزعجة، من شأنه أن يطلق هرمونات التوتر في مجرى الدم، مما يؤدي إلى إجهاد العضلات، وتهيج الجلد، وتقلب الشهية، وما إلى ذلك[1].

إذا كنت لا تزال تتساءل كيف يمكن أن يكون لمشكلات الصحة النفسية العقلية آثار جسدية، فهذه هي الطريقة. إن نظام الاتصال الكيميائي الذي يستخدمه مخك وجسدك لفعل كل شيء حرفيًّا يعني -على الرغم من شكوك العديد من الناس- أن مشكلات الصحة النفسية والعقلية قادرة تمامًا على أن تؤدي إلى عواقب وأعراض جسدية ملموسة. تلك المشكلات بالتأكيد ليست «فقط في رأسك».

إذًا لتلخيص ما مضى: تتواصل الخلايا العصبية الخاصة بك بعضها مع بعض باستخدام النواقل العصبية، وهي مواد كيميائية متخصصة يمكنها أن تتسبب في حدوث مجموعة متنوعة من النتائج. وهناك العديد من الأنواع المختلفة من النواقل العصبية، والتي تؤدي إلى وجود الكثير من النتائج المختلفة. يمكنك التفكير في حزمة النواقل العصبية التي يمتلكها المخ تلك كالألوان الموجودة في لوحةِ ألوانٍ (Palette) لفنان موهوب. قد تبدو الألوان المتاحة محدودة جدًّا، فقط أحمر وبرتقالي وأخضر وما إلى ذلك. ولكن يمكن للفنان مزجها ودمجها وخلطها معًا لإنشاء مجموعة مذهلة من الألوان والظلال والتدريجات والمشاهد. والمخ يفعل ذلك أيضًا بالضبط، إلا أنه يتعامل مع النواقل العصبية والعمليات العقلية، لا الألوان والصور[2].

هناك أيضًا الكثير من التداخل بين نظام النواقل العصبية، الذي فيه تتواصل الخلايا العصبية بعضها مع بعض وتتحكم بعضها في بعض،

(1) سنستكشف المزيد عن هذا في فصول لاحقة.

(2) ولو أن المخ يستخدم بعض هذه النواقل العصبية ليشكل إدراكنا الغنيّ للألوان المختلفة، وهنا يصبح هذا التشبيه دائريًا إلى حد ما.

ونظام الهرمونات، الذي فيه تُستخدم المواد الكيميائية الموجودة في مجرى الدم للتأثير على أعضاء وأنسجة أجسادنا والتحكم فيها. في الحقيقة، المخ والجسد يرتبطان بشكل أساسي من خلال هذا النظام، والذي يشرح كيف ولماذا يمكن أن يكون لمشكلات الصحة النفسية والعقلية في أحيان كثيرة أعراض جسدية. والعكس صحيح في كثير من الحالات أيضًا.

وأخيرًا، حقيقة أننا يمكننا إدخال مواد كيميائية جديدة في هذه الأنظمة، عن طريق الهضم أو الاستنشاق أو الحقن أو أي وسيلة أخرى، هو ما يسمح بوجود الأدوية. يمكن للأدوية أن تؤثر على ما يفعله الجسد والمخ وتغييرهما، وذلك عن طريق اصطفاء المستقبلات التي تعمل عليها الناقلات العصبية والهرمونات أو التدخل في عملها. الأمر أشبه بأن يكتشف شخص ما كلمة مرور جهاز الكمبيوتر الخاص بك ويصل إليه ويفتحه لتغيير جميع إعداداتك.

ولكن قبل أن نحيد بعيدًا، لا يُعد فعل هذا بأي شكل من الأشكال أمرًا مفيدًا بشكل تلقائي. قد تبدو فكرة الرسائل الكيميائية، كفكرة، واضحة ومباشرة، ولكن تلك الفكرة المجردة لم تبدأ بعد في شرح حقيقة تعقيد الأشياء على هذا المستوى الخلوي كما هي في أمخاخنا. في نهاية المطاف، نحن بالكاد نعرف كيف تعمل معظم تلك الرسائل، حتى بعد قرون من دراستها.

ولهذا السبب يجب دراسة الأدوية واختبارها على نطاق واسع وبعناية، لأنه من المستحيل أن نعرف كيف ستؤثر علينا تلك الأدوية بالضبط ولماذا تؤثر علينا دون أن نفعل ذلك. إن إدخال دواء جديد غير مختبَر إلى جسد الإنسان ومخه سيكون مثل النقر العشوائي والضغط واللعب في مفاتيح أزرار التحكم في طائرة ضخمة الحجم. طائرة في الجو، في منتصف الرحلة، مليئة بالركاب. ببساطة، ولاستخدام تشبيه الطائرة المفيد هذا مرة أخرى، ليس بمجرد أنك يمكنك الوصول إلى قمرة القيادة، فهذا يعني أنك تعرف كيف تطير بالطائرة. وحتى بالنسبة إلى علومنا البيولوجية الأكثر تقدمًا، إلى حد كبير، لم يتخط فهمنا الحديث لتلك العلوم مرحلة الاشتراك في دروس الطيران.

لقد رأينا كيف تعمل الخلايا العصبية، وكيف تتواصل، وما ينتج عن ذلك. الآن دعنا نكبر الصورة مرة أخرى، ونرى ما الذي يحدث عندما تقوم بجمع مئات المليارات من الخلايا العصبية معًا، وتُشَكِّلُ مخًّا.

النوَى، والشبكات، والدوائر: القطع الأكبر من المخ

يتكون المخ من خلايا عصبية، ولكنه ليس مجرد كرة كبيرة من الخلايا المتكتلة معًا. هناك أيضًا أنواع وفئات مختلفة من الخلايا العصبية، لها أشكال مختلفة، وخصائص مختلفة، وتركيبات مختلفة، وتستخدم نواقل عصبية مختلفة، وهكذا. نوع الخلايا العصبية التي ترتبط بعضها ببعض، والطرق التي تتصل بها بعضها ببعض، يمكن أن تُحدث فرقًا كبيرًا في كل شيء. تحتوي أجزاء معينة من المخ على أنواع معينة من الخلايا العصبية، مجمعة في منطقة أو مساحة أو قطعة محددة من المخ. وهذه القطع المختلفة تقوم بأشياء مختلفة، وتقدم بين يدينا المزيد من التعقيد والتنوع.

إلا أنه، وقبل أن أستفيض في الحديث عن ذلك، هناك شيء واحد من المهم أن أوضحه. ربما تكون قد شاهدت قصصًا إخبارية مستوحاة من العلوم الشعبية المبسطة (Pop Science) من قبل، تلك القصص التي تتحدث عن بعض الدراسات التي تُظهر أن جزءًا معينًا من المخ مسؤول عن وظيفة معينة، عادةً بفضل التجارب التي أُجريت باستخدام تقنيات المسح المخي. لقد رأيت شخصيًا قصصًا عن أجزاء المخ المسؤولة عن إدمان فيسبوك، وحب منتجات شركة آبل، والميول السياسية، والمعتقدات الدينية، وغيرها.

هناك هذا الاتجاه السائد المثابر والمزعج علميًا بالنسبة إلى علماء الأعصاب لتقديم المخ على أنه «جزئيٌّ» (Modular)، بمعنى أنه يتكون من العديد من الأجزاء المحددة، وكل جزء من تلك الأجزاء مسؤول عن شيء محدد، وعن هذا الشيء فقط. هذا، منطقيًا، يعني أن هناك جزءًا محددًا مخصصًا لكل شيء يستطيع المخ القيام به. لذا، إذا كنت تحب الآيس كريم، فمن المفترض أن يكون هناك مركز «الإعجاب بالآيس كريم» في المخ. إذا كنت تلعب كرة القدم، فهناك مركز كرة قدم في المخ. وهلم جرًا. في أحسن الأحوال يمكننا أن نقول إن هذا تبسيط مفرط، وفي أسوأ الأحوال، فهذا تحريف جسيم لكيفية عمل المخ.

لا يعني ذلك أن كل تلك الأقاويل غير دقيقة بنسبة مائة في المائة، لأن هناك بالفعل أجزاءً مختلفة من المخ تؤدي أدوارًا مختلفة ومتباينة. لقد ثبت أن هناك أجزاءً معينة من المخ مسؤولة عن أشياء مختلفة مثل معالجة الذاكرة واسترجاعها، واللغة، والرؤية، والتحكم في حركة الجسد، وما إلى ذلك. يمكنك

أيضًا تحديد أدوار وظيفية *لمناطق* مختلفة من المخ. المناطق الأمامية، التي تقع خلف عينيك مباشرة، هي إلى حد كبير مقعد القيادة، وهي المسؤولة عن التفكير العقلاني والتخطيط والانتباه واتخاذ القرار وضبط النفس. المناطق الوسطى العليا من المخ -الفصوص الجدارية (Parietal Lobes)- تتولى شؤون اللغة، والتحكم في حركة الجسد، والأشياء الحسية، وما إلى ذلك. وتتولى المناطق الوسطى الجانبية -الفصوص الصدغية (Temporal Lobes)- الكثير من عمليات الذاكرة ومعالجة المعلومات من هذا القبيل. ويعالج الجزء الخلفي من المخ -الفص القفوي/القذالي (Occipital Lobe)- معظم العمليات البصرية[1].

قد تظن، ألا يتعارض كل هذا تمامًا مع ذكره لنا لتوه؟ ألم يقل إن فكرة وجود مناطق محددة في المخ لها أدوار محددة هي فكرة خاطئة جوهريًّا؟ سأزعم أنه لا، الأمر ليس كذلك. لأن كل تلك الأشياء التي ذكرتها للتو هي عمليات ووظائف أولية، وليست أشياء غامضة ومجرَّدة مثل الميول السياسية. سيناضل معظم الناس لتعريف آرائهم السياسية بدقة بما لا يدع مجالًا للشك في ماهيتها، وسيضيقون تعريفهم لها إلى تسميات محددة ومعروفة. لكن من المبالغة أن نتوقع أن يقوم ماسح ضوئي للمخ بالمساعدة في تحقيق ذلك بطريقة ما.

وحتى على المستويات الأولية الأكثر وضوحًا، لا يزال هناك الكثير من التداخل والغموض. الحُصين (Hippocampus)، على سبيل المثال، معروف جيدًا بعدِّه مسؤولًا عن تكوين ذكريات دقيقة طويلة المدى. لكنه أيضًا يشارك بشكل كبير في قدرتك على التنقل حول الأماكن، أي قدرتك على إيجاد طريقك وتجنب العوائق في البيئة المحيطة بك. لماذا تُستَخدَم قطعة واحدة من المخ لأداء دورين متباينين مثل هذين الدورين؟ أليس هذا مثل محاولة دهن الخبز المحمص باستخدام آلة حاسبة؟ ليس تمامًا. قد تبدو هذه الأشياء مختلفة جدًّا، ولكن نظرًا إلى الطريقة التي تحتاج بها إلى الحصول على المعلومات عن المكان الذي كنت فيه وأين تود أن تذهب من أجل التنقل بكفاءة حول

---

(1) نقطة جانبية مثيرة للاهتمام: عندما تخبط رأسك، يتسبب ذلك في ارتداد مخك داخل جمجمتك. وعندما يصطدم الجزء الخلفي من مخك بالعظم الصلب في جمجمتك، فإن القوة الحادة تثير نظامك البصري بطرق مربكة، ولذلك «ترى النجوم» عندما تتلقى ضربة في الرأس.

بيئتك، فربما يُدعَم كل من الذاكرة والتنقل بواسطة نظام لتخزين المعلومات من الحواس بطريقة مفيدة عمليًا.

هذه نظرية واحدة على أي حال. النقطة المهمة هي أنه في حين أن هناك أجزاءً محددة من المخ مخصصة بالفعل لعمليات أولية معينة، إلا أن تلك العلميات تُستخدم بطرق متنوعة، لذلك في معظم الحالات، تؤدي أجزاء المخ المختلفة وظائف متعددة. من الخارج، تبدو هذه الوظائف وكأنها حقيبة عشوائية يختلط كل ما بداخلها. فكر في الأمر مثلما تفكر في الحروف الأبجدية. الأبجدية، باللغة الإنجليزية على الأقل، هي ستة وعشرون حرفًا منفردًا لا غير. لا يبدون كُثُرًا. ولكن تلك الحروف تُستَخدَم في إنشاء جُمل، وقصائد، ومقالات، وكتب، وشعر، وأغاني، ورسائل حب، ومطالب فدية، وغيرها وغيرها. كل تلك الأشياء تتكون من نفس العناصر الأولية البسيطة عن طريق استخدامها وتطويعها بمجموعة مذهلة من الطرق المعقدة. وهذا شيء يفعله المخ كثيرًا.

علاوة على ذلك، حتى الأجزاء الأكثر تميزًا في المخ ترتبط تقريبًا بكل المناطق الأخرى، بشكل مباشر أو غير مباشر، ولذلك يمكن لكل شيء أن يؤثر على كل شيء آخر، بدرجة ما أو بأخرى. إذا تمسكنا بمثال الأبجدية، فأنت تعلم كيف يمكن لترتيب الحروف في كلمات معينة أن يؤثر على طريقة نطقها، أو طريقة عملها؟ مثل كيف يبدو حرف الـ «P» في اللغة الإنجليزية فجأة مثل حرف الـ «F» عندما تضع أمامه حرف الـ «H»؟ المخ يشبه هذا كثيرًا، إلا أنه مع المخ، يمكن للكلمات الموجودة في نهاية الفقرة، أو حتى في نهاية الرواية، أن تؤثر على كيفية نطق الكلمات الموجودة في *بدايتها*. قد يبدو ذلك وصفًا دقيقًا لما تحمله الفوضى من معنى، ونعم، يمكن أن يكون الأمر كذلك في كثير من الأحيان، لكن في نفس الوقت فكل هذا مهم للغاية. هذا نظام آخر يمنح المخ البشري الكثير من القوة والتنوع.

في الواقع، بينما يمكن ربط العمليات الأولية مثل العمليات الحسية والذاكرة بمناطق أو قطع محددة في المخ، فإن الأشياء الأكثر تجريدًا وغير الملموسة التي يقوم بها المخ البشري عادة ما تُنسب إلى شبكات أكثر تعقيدًا من مجرد منطقة محددة. تُنتَج تلك الأشياء المجردة وغير الملموسة من خلال

نشاط عدة مناطق مختلفة تعمل معًا، مما يؤدي إلى ظهور عمليات وقدرات مختلفة تمامًا عما يمكن لكل منطقة إظهاره بمفردها.

خذ الذكاء على سبيل المثال. على الرغم من الجهود المبذولة للعثور على منطقة واحدة في المخ مسؤولة عنه، فإنه لا يوجد دليل حقيقي واحد على وجود هذا الجزء المحدد في المخ المسؤول عن الذكاء. في الواقع، لا يزال العديد من العلماء يتشاجرون حول *ماهية الذكاء*. ولكن أيًّا كان تعريفك له، فإن معظم البيانات تشير إلى أن الذكاء هو نتيجة نشاط العديد من مناطق المخ المختلفة، والتي تعالج المعلومات باستخدام طوائف متنوعة من الطرق.

وهنا يُدحَض الافتراض المبتذل «مخك الكبير يعني أنك أكثر ذكاء». في حين أن هذا شيء يعتقد الكثير من الناس أنه صحيح، إلا أنه ليس كذلك في الحقيقة. لا يبدو أن التفاوت في الذكاء له أي صلة حقيقية باختلاف حجم المخ، على الأقل ليس عند مقارنة البشر ببشر آخرين.

في حين أن بعض الأشخاص هم بلا شك أكثر ذكاءً من غيرهم، إلا أن ذلك على الأرجح يرجع إلى جودة وكفاءة عمل شبكة المناطق المختلفة في المخ المسؤولة عن الذكاء معًا لأداء أدوارهم. كلما كانت شبكة المخ أفضل وأكثر ارتباطًا، كان الشخص أكثر ذكاءً. فكر في الأمر كفريق من الأشخاص الذين يعملون معًا في مهمة واحدة محددة، تصميم منزل على سبيل المثال. إذا كان هؤلاء الأشخاص يعملون معًا في نفس المبنى، ولديهم القدرة على مشاركة الأفكار والخطط والتصميمات بينهم بسهولة، فستُنجَز الكثير من الأعمال في فترة زمنية قصيرة. ولكن إذا كانوا يعملون منفردين في مدن مختلفة أو مناطق زمنية مختلفة، فسيتعين عليهم حينئذ الاعتماد على نظام البريد أو شبكة الهاتف، وسيؤدي هذا إلى مواجهتهم لبعض التأخيرات والقيود الفنية والالتباسات والبلبلة.

في السيناريو الأول، يمكن للفريق التواصل بكفاءة عالية. والسيناريو الثاني، ليس كالأول. النقطة هنا هو أنه في كلتا الحالتين، الفريق هو نفس الفريق، لكن الطريقة التي يتواصلون بها -كيف يمكنهم العمل معًا وكيف يعملون معًا- تُحدث فرقًا كبيرًا فيما يمكنهم القيام به. وهذا هو الحال غالبًا مع ما يفعله مخك.

إليكم سبب أهمية كل هذا: عندما يتعلق الأمر بمشكلات الصحة النفسية والعقلية، من الشائع أن يتساءل الناس عن أي جزء من المخ حدثت فيه المشكلة. ربما تكون قد اشتريت هذا الكتاب وفي بالك هذا السؤال بالتحديد. وهذا أمر منطقي تمامًا، لأنك إذا كنت تعرف أي جزء أو قطعة من المخ حدثت فيها المشكلة، فهناك حتمًا فرصة أكبر لإصلاحها. مع ذلك، وعلى الرغم من أن هذا الافتراض منطقي وشائع، فإنه غالبًا ما يكون خاطئًا. وذلك لأن هذه فكرة مبسطة للغاية عن كيفية عمل المخ.

التساؤل عن أي قطعة في المخ حدثت فيها مشكلة أدت، على سبيل المثال، إلى الاكتئاب يشير إلى أن هناك مركزًا أو منطقة محددة لتنظيم الحالة المزاجية المنخفضة في المخ، قطعة صغيرة مسؤولة فقط عن تكوين الحالة المزاجية والحفاظ عليها، وحدث خطأ ما فيها. وهذا ليس موجودًا في المخ، ليس بهذه الطريقة. حالتك المزاجية هي تجربة معقدة وغنية للغاية ومتنوعة، حيث تعمل أجزاء متعددة من المخ معًا، وكذلك بعضها ضد بعض، والعمليات الأكثر هيمنة هي التي تحدد ما تشعر به. إن التركيز على القطعة المحددة التي حدثت فيها المشكلة يتجاهل كل هذا، وهذا لا يساعدنا في التعامل مع المشكلة الموجودة في متناول يدنا.

بالطبع، وفقط لجعل الأمر أكثر تحييرًا، من *الممكن* أحيانًا تتبع المشكلة في جزء واحد محدد من المخ. على سبيل المثال، نحن نعرف أي قطعة في المخ تحدث فيها المشكلة بالتحديد في داء باركنسون (Parkinson's Disease). إنها *المادة السوداء* (Substantia Nigra)، وهي حزمة صغيرة ولكنها مهمة جدًّا من خلايا المخ الموجودة في أعماق المستويات السفلية من المخ. في بعض الأحيان، ولأسباب لسنا متأكدين منها بنسبة مائة في المائة، تبدأ تلك المنطقة في التدهور والموت، ويؤدي ذلك إلى ظهور داء باركنسون[6].

من المؤكد أن داء باركنسون هو اضطراب عصبي (Neurological Disorder)، وليس اضطرابًا نفسيًّا أو عقليًّا في حد ذاته، على الرغم من أنه يؤدي دائمًا إلى العديد من مشكلات الصحة النفسية، مثل الاكتئاب وتقلب المزاج، ومشكلات التحكم في الانفعالات، وما إلى ذلك. لكن مع هذا، فإن حقيقة أن داء باركنسون يمكن أن يُعزى إلى خلل جسدي في جزء (أو أجزاء)

معينة من المخ هو أحد الأشياء التي تميزه عن الاضطرابات النفسية والعقلية. الاضطرابات العصبية هي الاضطرابات التي يوجد فيها خلل معروف في المخ أو الجهاز العصبي. الاضطرابات النفسية والعقلية ليس لها بالضرورة مثل هذا الموقف من المخ أو الجهاز العصبي. الأمر نوعًا ما أشبه بالمشكلات الموجودة في الجهاز مقابل المشكلات الموجودة في البرامج التي تعمل على هذا الجهاز (Hardware vs Software Problems).

إلا أنه حتى بالنسبة إلى هذا التشبيه، فإن التفرقة ليست واضحة تمامًا هكذا. لا شك أن كل ما يتعلق بعقولنا وأذهاننا يتعلق أيضًا بأمخاخنا، وإذا بدأت أذهاننا في فعل أشياء غير مفيدة أو تخريبية، ألا يعني ذلك أن جزءًا من المخ يفعل شيئًا لا ينبغي له أن يفعله؟ يمكننا قول نعم. وهذا بلا شك سبب ظهور داء باركنسون والاضطرابات العصبية الأخرى دائمًا بمصاحبة مشكلات الصحة النفسية والعقلية أيضًا. ولكن هناك فرقًا بين المشكلات الناجمة عن تلف المخ والجهاز العصبي، والمشكلات التي تحدث بسبب استجابة المخ والجهاز العصبي للأشياء، أو التكيف معها، بطرق سلبية. سوف نستكشف المزيد عن هذا في الفصول القادمة.

حتى لو كنا نعرف *بالتحديد* أي جزء من المخ يتضرر ويسبب مشكلات نفسية أو عقلية أو عصبية، فهذا لا يعني أن التعامل معها بسيط وسهل. كما ذكرنا، فإن كل جزء من المخ مرتبط إلى حد كبير بكل الأجزاء الأخرى، بطرق محيرة بشكل مقلق عادة. وهناك أجزاء معينة من المخ لها وظائف متعددة ومتنوعة بشكل ثابت. وعلى ذلك، حتى لو بدأت مشكلة في منطقة ما في المخ، فإن الآثار والاضطرابات الناتجة عنها تنتشر، على الفور تقريبًا، إلى أجزاء وعمليات أخرى لا حصر لها.

أتعرف عندما تضع كمية من «الملابس البيضاء» في الغسالة لغليها وغسلها، ودون أن تقصد، تضع جوربًا أحمر قانيًا معها أيضًا؟ هذه حبكة أساسية في المسلسلات الكوميدية والرسوم المتحركة. عندما يحدث هذا، يمكنك تحديد المشكلة: الجورب الأحمر. يمكنك أيضًا إيقاف كل شيء وإزالته من الغسالة. لكن هذا لا يعني أنك *أصلحت* أي شيء. لا تزال الملابس الأخرى وردية اللون الآن، لأن التدافع الشديد بين الملابس قد حدث بالفعل. وكذلك الأمر بالنسبة إلى

أجزاء معينة من المخ: حتى لو تمكنت من تحديد المشكلة الأصلية وإصلاحها، فلا يزال يتعين عليك التعامل مع التداعيات، مع الصورة الأكبر.

هذه الروابط غير القابلة للاختراق للمخ البشري وجميع الأجزاء التي يتكون منها هي جزء كبير مما يجعل المخ قويًا وقادرًا على التكيف، ولكنها تعني أيضًا أن هناك طرقًا لا حصر لها لحدوث الأخطاء والمشكلات، ويجعل إصلاحها صعبًا بطريقة معينة. ينطبق هذا أيضًا على داء هنتنغتون، الذي ناقشته سابقًا؛ قد يكون جينًا واحدًا، بروتينًا واحدًا فقط، لكن هذا البروتين يتفاعل مع مئات البروتينات الأخرى بطرق كيميائية دقيقة وحساسة. عندما يحدث خطأ ما في جزء معين من المخ يحدث الشيء نفسه، ولكن على نطاق أكبر، نطاق عضوي، وليس على النطاق الجزيئي الصغير.

ولكن أيًا يكن المستوى الذي تنظر منه أو إليه، فإن القضية الموجودة أمامنا هي نفسها: كيف يفترض بك أن تتعقب مشكلة ما، أو تفعل أي شيء حيالها، وكل جزء في المخ يرتبط بكل الأجزاء الأخرى تقريبًا، وهناك الآلاف من تلك الأجزاء في المخ؟ كيف تستكشف أو تعدل جزءًا من المخ دون أن تتعرض لاحتمالية التسبب في تعطيلٍ أو إتلافٍ خطير لجميع الأجزاء الأخرى المتصلة به؟ أبسط إجابة عن هذا هي: عادةً، لا يمكنك فعل ذلك. ليس بشكل شامل ودقيق على أي حال. وجود الروابط المعقدة التي يتكون منها المخ يعني أن أي شيء يمكن أن يؤثر على أي شيء آخر. قد يصلح الدواء المشكلة الرئيسية التي من المفترض أن يتعامل معها، لكن وجود الدواء قد يؤدي إلى المساس بالعديد من الأنظمة الأخرى وإفسادها. ومن هنا، تظهر الآثار الجانبية.

لكن على الرغم من ذلك، يتعين على العاملين في مجال الصحة النفسية والعقلية العمل باستخدام الأدوات المحدودة التي لديهم. في كثير من الأحيان، يتعلق الأمر باتخاذ قرار بشأن ما إذا كانت آثار مشكلة الصحة النفسية أو العقلية أكثر إنهاكًا من آثار العلاج المتاح. من المدهش أن الإجابة في كثير من الأحيان تكون لا، آثار العلاج المتاح ليست أقل إنهاكًا من آثار مشكلة الصحة النفسية أو العقلية. الكثير من الأدوية والتدخلات المختلفة الأخرى لا تنجح في تجاوز اختبار فعاليتها لهذا السبب، وغالبًا ما يغير المرضى أدويتهم عندما يتبين لهم أن أحد الأدوية التي يستخدمونها غير محتملة لهم بشكل خاص.

وهذه نقطة أخرى، كما ذكرنا سابقًا، يختلف مخ الإنسان كثيرًا من شخص لآخر، وذلك لأن أمخاخنا تتشكل وتتكيف بناء على التجارب التي نمر بها، وكلنا نمر بأشياء مختلفة في أثناء نمونا. لكن إحدى نتائج ذلك هي أيضًا أننا نميل للاستجابة للأدوية والعلاجات بطرق مختلفة. ولهذا السبب لا نحصل أبدًا على علاج مضمون وفعال بنسبة مائة في المائة لمشكلة صحية نفسية أو عقلية معينة، علاج فعال بالنسبة إلى كل البشر وموثوق منه، إذا كنت تعاني تلك المشكلة فهذا هو العلاج. لن يحدث هذا مطلقًا. هذه هي طبيعتنا.

جوهريًا، ما يحدث في المخ مثله مثل أثر الفراشة الفوضوي الشهير، ترفرف الفراشة بجناحيها وتتسبب في حدوث أعاصير على بعد عدة قارات. إلا أن الآن هناك مئات الآلاف من الفراشات والأعاصير التي تحدث في كل ثانية، وكلها تتمركز بالكامل داخل جمجمتك. محاولة تحديد السبب الجذري لمشكلات الصحة النفسية والعقلية يمكن أن يكون مثل محاولة العثور على الفراشة من خلال دراسة تحركات إعصار معين، ومحاولة السير إلى الوراء من تلك النقطة لنعثر على الفراشة. هذه مهمة شبه مستحيلة بأي حال من الأحوال، وحتى إذا وجدت الفراشة وقتلتها، فلن يؤدي ذلك بالضرورة إلى اختفاء الإعصار.

برامج المخ مقابل جهاز المخ

إذًا ها قد حصلنا على ما يمكن أن نعدُّه جولة أساسية سريعة مع المخ وكيفية عمله. شرارات صغيرة في أغشية الخلايا العصبية تسمح لها بإرسال الإشارات والتواصل بعضها مع بعض، وذلك عبر إطلاق النواقل العصبية التي تضيف بدورها قدرًا كبيرًا من التعقيد إلى ما سيحدث في هذا التواصل بين الخلايا. هذه العمليات تعتمد على السير السلس للأنظمة الجزيئية، تلك الأنظمة التي تحافظ على الخلية العصبية على قيد الحياة وتسمح لها بالعمل، والمشكلات الوراثية يمكنها أن تؤدي إلى حدوث مشكلات حتى على هذا المستوى المجهري العميق.

تأتي الخلايا العصبية متمثلة في جميع الأشكال والأحجام والقدرات، وتتحد أنواع معينة منها وتترابط لإنشاء مناطق معينة في المخ تقوم بأشياء معينة. لكن الطبيعة المتنوعة والمرنة لتركيب المخ تعني أنه يمكن أن يتغير

ويتكيف، ويمكن أن يكون كل شيء فيه مترابطًا، حيث يجمع بين عدة أجزاء مختلفة لتشكيل شبكات قادرة على القيام بوظائف وأفعال مذهلة. هذا التعقيد وتلك المرونة، جنبًا إلى جنب مع علمنا التجريبي المحدود -إلى الآن- يعني أننا ما زلنا بعيدين للغاية عن فهم كيف، ولماذا، تؤدي تفاعلات خلايا المخ المجهرية تلك إلى شيء معقد ومتشابك مثل العقل البشري، أو الوعي.

لكن ذلك يحدث، سواء فهمناه أم لا. لسوء الحظ، هذا يعني أنه، في كثير من الأحيان، لا يمكننا بالضرورة تعقب مشكلات العقل إلى الأنظمة الفيزيائية التي تنحرف عن مسارها في المخ.

وإليك نقطة أخرى نختم كلامنا بها. لقد ذكرتها سابقًا، لكنها تستدعي التكرار، لأنها غالبًا ما تُتَجاهَل. في بعض الأحيان يكون من الصعب للغاية، بل من المستحيل، تحديد أي قطعة في المخ حدث خطأ فيها في مشكلات الصحة النفسية أو العقلية، ولتضف على ذلك أنه يمكن أن يكون الحال في بعض تلك المشكلات أنه لا يوجد *أي خطأ في المخ على الإطلاق*. يمكن للمخ أن يكون على ما يرام ويعمل بشكل جيد، بصورة موضوعية، لكنه يعمل بشكل جيد في القيام بأشياء غير مفيدة، أو ضارة لصاحبها بفعالية.

لذا، نعم، سأركز على المخ في هذا الكتاب، ومشكلات الصحة النفسية والعقلية التي سأغطيها يمكن فهمها -وغالبًا ما تُفهَم- من حيثية ما يحدث في مخ الشخص الذي يمر بها. أرى أن هذا يمكن أن يساعدنا على فهم قضايا الصحة النفسية والعقلية بطريقة ملموسة أكثر واقعية، وعالمية، وهذا هو بيت القصيد وراء هذا الكتاب. لكن هذا لا يعني تلقائيًّا أن هناك شيئًا ما خاطئًا في مخ الفرد الذي يواجه تلك المشكلات. عادة ما يكون مخهم على ما يرام، إنه فقط يفعل أشياء، مثاليًّا، يجب عليه ألا يفعلها.

قد يبدو هذا محيرًا بعض الشيء، لكن أتتذكر عندما قلت لك إن الأمر أشبه بالمشكلات الموجودة في الجهاز مقابل المشكلات الموجودة في البرامج التي تعمل على هذا الجهاز؟ وتعلم أنك يجب عليك ألا تفكك الكمبيوتر الخاص بك إذا أصابه فيروس؟ نظرًا إلى أنه يعمل بشكل جيد، لقد أُعطي فقط تعليمات لا ينبغي أن تكون لديه، وانتهى به الأمر إلى القيام بأشياء تخريبية. هذا ما كنت أود الإشارة إليه باستخدامي لهذا التشبيه.

ببساطةٍ، في حين أنه يمكن أن يكون سبب مشكلة الصحة النفسية أو العقلية هو حدوث خطأ ما في المخ، فقد يكون أيضًا سبب تلك المشكلة بنفس النسبة هو نمو المخ أو تكيفه بطرق تؤدي به إلى القيام بأشياء مزعجة، وغير مفيدة، ومدمرة، مثل إثارة الكثير من القلق، أو عدم تغيير الحالة المزاجية السلبية، بينما يتطلب الموقف الراهن طريقة مختلفة في التعامل معه. ومما لا يمكن إنكاره، أنه من منظور الشخص الذي يعاني مشكلة الصحة النفسية أو العقلية، فإن تحديد أيهما هو السبب وراء المشكلة ليس أمرًا مفيدًا حقًا. النتيجة النهائية هي هي بالنسبة إليهم بصرف النظر عن السبب وراءها. ولكن التفرقة بينهم مفيدة عندما يتعلق الأمر بفهمنا لتلك المشكلات، وحبذا لو كان في التعامل معها أيضًا.

إذا كان المخ لا يعمل كما ينبغي، إذا كان تالفًا أو أصابه الخلل، فكيف نصلح ذلك؟ هل يمكننا الدخول إليه، بالعقاقير أو الأساليب الطبية الأخرى، لإصلاح التلف أو الخلل الذي أصابه؟ وإذا كان المخ يعمل، ولكنه يفعل أشياء غير مفيدة، فكيف نغير ما يفعله؟ هل يمكننا أن نعطيه تعليمات جديدة، من خلال العلاج المعرفي السلوكي أو ما شابهه، لمنعه من فعل تلك الأشياء غير المفيدة؟

قد تكون خياراتنا محدودة، لكن هذا لا يعني أنه ليس لدينا أي خيارات. ولأن المخ البشري هو المخ البشري، فعادة ما يكون كلا الأمرين موجودَين معًا: لا يعمل كما ينبغي، ويفعل الأشياء الخاطئة، في الوقت نفسه. المخ مرن جدًا لدرجة أنه ربما يمكن للعلاج النفسي (Psychotherapy) أن يصلح مشكلة جسدية جذرية، كتدريب الأشخاص المصابين بداء باركنسون على التعامل مع حركتهم بشكل أفضل. وربما تساعد الأدوية في العلاج، حتى وإن لم يكن هناك سبب مادي جذري للمشكلة. توصَف العديد من الأدوية إلى حد كبير للتعامل مع الأعراض الضارة لأي حالة، بينما لا تفعل شيئًا حيال السبب الجذري وراء المشكلة، حتى وإن كان هذا السبب معروفًا. يوضح هذا أيضًا سبب كون التمسك الصارم بنموذج واحد للصحة النفسية والعقلية أمرًا خانقًا للغاية، فقد يحد من الخيارات المتاحة للمساعدة بشكل عام.

إذًا، المخ عضو مرن للغاية، ومتعدد الاستخدامات، ومعقد بشكل مثير للدهشة. هذا يمكن أن يجعل من الصعب للغاية تحديد المشكلة التي تحدث بالضبط عند حدوث مشكلات الصحة النفسية والعقلية. في بعض الأحيان، تكون استجابات المخ لما يحدث هي التي تسبب المشكلة في المقام الأول. ولكن، على الجانب الآخر، تمنحنا خصائص المخ الأولية والبسيطة تلك نطاقًا واسعًا من الخيارات والتدخلات الممكنة في التعامل مع البشر، أكثر مما يمكننا توقعه إذا كان المخ يعمل بطريقة أخرى، كما تسمح لنا أيضًا بالتعامل مع المشكلات بطرق كثيرة ومتنوعة إذا أخذنا في الحسبان قدرة المخ على الاستجابة لكل شيء تقريبًا.

لكن، على الرغم من كل ذلك، هل هذه مقايضة مجدية تستحق هذا العناء؟

حسنًا، هيا نكتشف ذلك...

3

الاكتئاب

إذا ذكرت الصحة النفسية والعقلية أو المرض النفسي والعقلي لمعظم الناس، فإن أول ما سيفكرون فيه هو الاكتئاب. في الواقع، الكثير من النقاشات والمناظرات حول الصحة النفسية والعقلية تنبع من الاكتئاب، أو تتمحور حوله. وحتى الخلافات الموجودة حول الصحة النفسية والعقلية تميل إلى أن تكون متمركزة حول الاكتئاب، يظهر هذا في مواضيع مثل ما إذا كانت مضادات الاكتئاب فعالة أم لا، أو الاتهامات بالكسل والوصمات الشرسة الأخرى حول الاكتئاب، أو العدد المثير للقلق من الأشخاص الذين يصرون على أن الاكتئاب هو شيء يمكنك أن تتخلص منه أو تنفك عنه. ينجم الكثير من هذا بسبب طريقة إدراك الناس لماهية الاكتئاب.

لكي نكون منصفين، هناك أسباب وجيهة تجعل الاكتئاب يستحوذ على الكثير من الاهتمام والوعي، الذي تشتد الحاجة إليه، ولكنه لا يزال غير كافٍ، الذي تتلقاه الصحة النفسية والعقلية. تُظهر التحليلات الإحصائية الموسعة أن الاكتئاب هو أكثر مشكلات الصحة النفسية والعقلية شيوعًا في جميع أنحاء العالم[1]، يليه القلق، والفصام، واضطراب ثنائي القطب. تُظهِر بعض البيانات أن ما بين ثلاثة في المائة وعشرة في المائة من السكان يعانون الاكتئاب. وهذا، إذا أردنا الإنصاف، مدى واسع جدًّا. هناك أسباب تجعل تلك الأرقام واسعة النطاق وغير محددة إلى هذا الحد، سنتعرض لتلك الأسباب لاحقًا،

ولكن حتى لو نظرنا إلى أقصى الطرف الأدنى من هذا المدى المحتمل، ثلاثة في المائة من جميع سكان الأرض حرفيًا؟ لا يزال هذا عددًا صاعقًا من الناس. في المملكة المتحدة وحدها، قد يعني هذا أن مليوني شخص، على الأقل، يعيشون مع الاكتئاب بشكل ما أو بآخر. هذا عدد يكفي لشغر مدينة متوسطة الحجم. مدينة الاكتئاب[1].

تُظهر البيانات أيضًا أن الاكتئاب هو ثاني أكبر سبب لعدد سنوات الحياة مع العجز (Years Lived with Disability) في جميع أنحاء العالم[2]. ماذا يعني ذلك بالضبط؟ حسنًا، عدد سنوات الحياة مع العجز هي وحدة مفيدة لقياس العبء الكلي الذي تتسبب فيه مشكلة صحية ما أو مرض ما على المجتمع ككل. ببساطة، تقوم بقياس مدى شيوع مشكلة ما في أي مجموعة سكانية معينة، بحساب النسبة المئوية للأشخاص الذين يعانونها، وتقوم بضربها في مدى تأثيرها على الصحة، بحساب إلى أي مدى تسبب تلك المشكلة إعاقة لمن يصاب بها. والنتيجة هي عدد سنوات الحياة مع العجز.

ونظرًا إلى أن الاكتئاب شائع جدًّا وفي كثير من الأحيان منهك للغاية، فإنه يسجل درجات عالية جدًّا على هذا المقياس. الشيء الوحيد الذي يسجل درجات أعلى منه هو آلام أسفل الظهر، وهي حالة منهكة بشدة، لدرجة أنها من الممكن أن تجعل من المستحيل عمليًا أن يتحرك الشخص حتى، وهي أيضًا شائعة جدًّا، نظرًا إلى كيفية حدوثها بسبب أشياء غير ضارة ونفعلها كل يوم مثل الجلوس بلا حراك لفترة طويلة جدًّا، أو بسبب عطسة قوية بشكل خاص. نعم، ثق بي في ذلك.

أيضًا، إذا كان استدعاء الإحصائيات والبيانات ليس له صدى معك، فإليك منظورًا شخصيًا أكثر. لقد تشكلت حياتي الشخصية بشكل مباشر بسبب الاكتئاب، عدة مرات، وأعتقد أن هذا يوضح مدى شيوع الاكتئاب ومدى أهميته أيضًا.

غارتي الأولى في وسائل الإعلام كانت بالكتابة عن الاكتئاب. ابحث في جوجل عن «Dean Burnett, Blue Monday» ستجد الكثير من الضحك. لا

---

(1) أنا متأكد بنسبة 100 ٪ من أن أي شخص في المملكة المتحدة يقرأ عبارة «مدينة الاكتئاب» سيخطر بباله على الفور مكان معين في ذهنه. ربما عدة أماكن.

يمكن إنكار أن استثماري الشخصي في هذه القضية قد تأثر بقوة بمشاهدة التقارير عن سلسلة من الحوادث ذات الصلة التي حدثت في مسقط رأسي. ابحث في جوجل عن «حوادث انتحار بريدجند» (Bridgend suicide incidents). لن تجد ما يضحكك هناك على الإطلاق بأي شكل من الأشكال. مقالتي التي انتشرت التي لفتت الأنظار إليّ كانت عن الاكتئاب، في سياق الرحيل المأسوي لروبن ويليامز، ولهذا السبب أكتب كتبًا مثل هذه الآن.

لقد تأثرت حياتي بالاكتئاب، بشكل ما أو بآخر، عدة مرات، على الرغم من أنني *لم أصَب بالاكتئاب* بنفسي. يمكنني أيضًا أن أقول إن جزءًا كبيرًا من مسيرتي المهنية كان مكرسًا نحو توضيح أن الاكتئاب لا يعمل كما يُرسَم ويُصوَّر لنا عادة. إذًا، كيف يعمل الاكتئاب *حقًا*؟ ما الذي يحدث في رأسك لينتج عنه تلك الحالة النفسية الشائعة للغاية، والخطيرة للغاية أيضًا كذلك؟

ما الاكتئاب، وما ليس بالاكتئاب؟

دعونا نوضح شيئًا واحدًا الآن: الاكتئاب ليس مجرد مزاج سيئ أو سلبي. قد يكون كذلك جزئيًا، بطريقة ما، ولكنه أيضًا أكثر كثيرًا من ذلك. وكلمة «المزاج السيئ» هنا هي الأب والأم لكل تلك الجمل المقللة من شأن الاكتئاب.

لقد قلت هذا عدة مرات، في العديد من السياقات المختلفة، لكنني سأستمر في قول ذلك حتى لا يصبح لقولي هذا أي معنى: يجب أن يكون لدينا مفردات مختلفة للتعبير عن كل من الاكتئاب اليومي العادي والاكتئاب السريري العيادي. في الوقت الحالي، يمكنك أن تقول إنك مكتئب دون أي غضاضة إذا كنت في حالة مزاجية سيئة أو منخفضة، أو إذا كنت حزينًا بشأن شيء غير سار يحدث لك، مثل فقدان وظيفة، أو انهيار علاقة. ولا بأس بهذا. من الملائم والجيد أن تكون حزينًا، مكتئبًا، في مثل هذه المواقف.

لكن الأمر يختلف عند الحديث عن الاكتئاب بالمعنى النفسي أو العيادي، حينها تكون في حالة نفسية وعقلية منهَكة بمعنى الكلمة، وتفتقر إلى أي دافع أو طاقة ملموسة، بالإضافة إلى أنك لا تستطيع فعل أي شيء حيال ذلك. إن الشعور بالاكتئاب عندما تعطيك الحياة ضربة مدمرة يعني أن مخك يستجيب بشكل مناسب لشيء حدث بالفعل. أنت تشعر بِرَدِ فعل عاطفي ملائمٍ ولازمٍ لاستيعاب ما حدث لك، ونأمل أن يكون مناسبًا كذلك *للتعامل* مع

ما حدث. من نواحٍ كثيرة، هذا شيء صحي. يجب أن يحدث. قد لا يكون الأمر ممتعًا أو مسليًا، ولكن هذا بالتحديد ما يعتري صحتنا في بعض الأحيان. نادرًا ما يكون الأمر ممتعًا عندما تلتئم العظام المكسورة لتعيد تشكيل نفسها ببطء، لكنه شيء جيد ومناسب للغاية، على الرغم من ذلك.

في مقابل ذلك، فإن الشعور بالاكتئاب الشديد دون وجود سبب واضح، ولفترات طويلة جدًا، هو أمر غير صحي، وفقًا لمعظم المقاييس المهنية المتخصصة. إذا رجعنا إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM والتصنيف الدولي للأمراض ICD، فإن النوبة الاكتئابية (Depressive Episode)، كما هي معروفة الآن، لها العديد من السمات المميزة. الحالة المزاجية السيئة يجب أن تكون موجودة، بداهةً، لكنها يجب أن تكون غير طبيعية بالنسبة إلى الفرد. لأننا جميعًا نمر بحالات مزاجية جيدة وسيئة في حياتنا، ويبدو أن بعض الناس ينجذبون إلى المزاج السيئ بشكل تلقائي، لسبب ما. نعرف جميعًا أولئك الأشخاص الذين دائمًا ما يبدون غاضبين؛ المتشائمون الأبديون الذين يعثرون على الجانب السلبي في كل المواقف. هذا ما يفعله بعض الناس. هذا طبيعي بالنسبة إليهم. لكن اضطراب المزاج (Mood Disorder) هو شيء يتجاوز ذلك إلى ما هو أبعد منه، لدرجة أنه يكون في الحقيقة خارجًا عن طبيعة شخصية صاحبه.

يجب أن يستمر هذا المزاج المكتئب غير الطبيعي أيضًا لمدة أسبوعين على الأقل، ويجب أن يكون موجودًا في معظم اليوم، كل يوم تقريبًا، في هذه الفترة. ويجب ألا يكون هناك سبب واضح لهذا المزاج السيئ، مثل وجود مرض جسدي أو وجود عقاقير أو مخدرات قد تسببه[1].

من السمات الرئيسية الأخرى للاكتئاب هي أن تصبح غير مهتم بفعلِ أو تجربةِ الأشياء التي عادة ما تجلب لك المتعة، أو أن تصبح غير قادر على الاستمتاع بمثل هذه الأشياء حتى ولو استطعت إجبار نفسك على ممارستها. غالبًا ما يُطلق على هذا النقص في الشعور بإحساس المتعة اسم انعدام التلذذ (Anhedonia). ومن السمات أيضًا وجود فقدان ملحوظ وكبير في

(1) هذا لا يعني أنك لا يمكنك أن تعاني الاكتئاب في مثل هذه الظروف، لأنه بالطبع يمكن أن يحدث ذلك، لكن في تلك الحالة يُصنَّف الأمر ويُتعامَل معه بشكل مختلف فقط.

مستويات الطاقة العامة للفرد، و/أو زيادة في الإرهاق، مما يعني أنك تصبح متعبًا للغاية، بسرعة وسهولة. قد تقول إن ما قلناه هو نفس الشيء ولكننا عبَّرنا عنه بطرق مختلفة، وسيوافقك الكثيرون في هذا، ولكن كما رأينا، يمكن أن يكون لكل شخص مختلف أعراضه الفريدة نسبيًّا، لذلك من المهم تناول جميع القواعد.

هذه السمات -أسبوعان على الأقل من الحالة المزاجية المنخفضة بشكل حاد مع عدم وجود سبب جسدي واضح، وفقدان الاهتمام والإحساس بالتجارب الممتعة، وفقدان مستوى الطاقة- هي العناصر الأساسية اللازمة لتشخيص الاكتئاب.

على الرغم من ذلك، هناك الكثير من الأعراض الشائعة الأخرى، ويجب أن يكون هناك أربعة من الأعراض التالية لتأكيد تشخيص الاكتئاب:

- فقدان شديد للثقة بالنفس أو احترام الذات، والشعور بالدونية.
- وجود شعور مفرطٍ لا مبرر له بتوبيخ الذات والشعور بالذنب.
- التفكير في الانتحار، بمعنى التفكير المستمر في الموت والانتحار.
- ضعف القدرة على التفكير أو التركيز أو اتخاذ القرارات.
- عجز حركي نفسي (Psychomotor)، مما يعني أنك تصبح أضعف تنسيقًا ونشاطًا.
- وجود أي نوع من اضطرابات النوم.
- تغير في الشهية يقابله تغير في الوزن بالزيادة أو بالنقصان.

هناك أعراض أخرى يمكن أن تصيب من أصابه الاكتئاب، ولكن هذه هي الأعراض الرئيسية، على الأقل بالنسبة إلى منهج الطب النفسي. بالتأكيد، وعلى الرغم من أن مجموعة الأعراض التي تؤخذ في الحسبان بالنسبة إلى الاكتئاب تبدو شاملة إلى حد كبير، فإنه لا يزال هناك الكثير ممن يجادلون، ولأسباب وجيهة، بأن هذا النهج التشخيصي العيادي محدودٌ للغاية، ويمكن للاكتئاب أن يتخذ العديد من الأشكال المتنوعة الأخرى. إلا أننا قد غطينا هذه المشكلة في فصل سابق، لذا دعونا الآن نركز على حقيقة أن ما ذكرناه يوضح بجلاء مدى الاختلاف الجذري بين اضطراب المزاج الحقيقي للاكتئاب والتجربة

اليومية العادية للحزن أو التعاسة. وعلى الرغم من ذلك، يمكن وصف كليهما -وغالبًا ما يحدث هذا- باستخدام مصطلح الاكتئاب.

استخدام نفس المصطلح لوصف كل من الحالتين قد يكون أمرًا مشكلًا، ليس فقط لأنه قد يجعل المناقشات حول الأمر شائكة إلى حد ما، ولكن لأنه غالبًا ما يجعل ذلك الناس يخلطون بين الاثنين، ويعتقدون أنهما متماثلان. لقد ناقشنا بالفعل كيف يمكن للغة أن تؤثر بشكل مباشر على طريقة تفكير الناس وإدراكهم لشيء ما، وهذا يعني أنه إذا كان شخص ما مكتئبًا بالمعنى الحياتي العادي، فغالبًا ما يعتقد أنه يعرف بذلك كيف يكون شعور الشخص المصاب بالاكتئاب الطبي. وهذا قد يؤدي إلى تلك الأنواع من السلوكيات والتعليقات التي تأتي من الآخرين، والتي -حتى ولو كانت حسنة النية تمامًا، باعتبار أفضل النيات- يمكن أن تكون مصدرًا دائمًا للتوتر والغضب ووصمة العار لأولئك الذين يعانون الاكتئاب الشديد بشكل مستمر. أشياء مثل إخبار الآخرين بأنهم يجب عليهم أن «يبتهجوا» أو «يخرجوا مما هم فيه» أو «يحاولوا السير قليلًا في نزهة على الأقدام، أو القيام ببعض التمارين»، أو «فكِّر بإيجابية»، أو «عد النعم التي لديك»، أو «الأشخاص الآخرون يمرون بما هو أسوأ منك، كما تعلم» وهلم جرًّا.

لنكن كرماء ونفترض أن الأشخاص الذين يقولون مثل هذه الأشياء يعتقدون بصدق أن هذا يساعد. ومن الإنصاف أن نقول إنك إذا كنت في حالة مزاجية سيئة أو في حالة من الفوضى بعد أن مررت ببعض الأوقات العصيبة، فقد تكون كل هذه الاقتراحات مفيدة عندما يتعلق الأمر بإخراجك مما أنت فيه. لكنها لن تكون ذات فائدة كبيرة عندما تكون لديك حالة طبية حقيقية. إذا كانت تلك الكلمات من الممكن أن يكون لها أي تأثير، فهي تزيد الأمر سوءًا. لأنه بالإضافة إلى المشكلات التي يسببها الاكتئاب نفسه، يُطلب منك باستمرار التعامل مع مثل هذه الإقحامات من أولئك الأشخاص الذين غالبًا ما يغضبون منك أو ينزعجون منك عندما لا تتبع نصائحهم، أو عندما تحاول أن تشرح لهم سبب عدم جدواها.

لإظهار ما أنا بصدده، ها هي مارثا ميلز، والتي تعمل مديرة لوسائل التواصل الاجتماعي وعانت كثيرًا تلك الوصمات والنصائح غير المرغوب فيها...

«ما زلت أشعر بالحرج الشديد والخجل من ذهابي لأخذ أدويتي الطبية من صيدليات بووتس[1]، وهذا أمر سخيف، حقًا، حقًا، سخيف، ولكنني ما زلت أشعر به. أنا مستاءة من هذا، أشعر بالضيق والتوتر عندما أعلم أن الدواء بدأ في النفاد. يحدث هذا معي بشكل تلقائي، ولذلك أضطر إلى الذهاب للحصول عليه مجددًا، لكنني أكره أني أُضطر إلى القيام بهذا. أشعر بالحرج عندما أكون هناك، أشعر بالخجل وألقي بالدواء في حقيبتي بأسرع طريقة ممكنة. والدواء أصلًا عبارة عن علبة من الحبات المغلفة بالفعل في كيس ورقي صغير، والكثير من الناس هناك يحصلون على العديد من الأدوية وغيرها من الأشياء، لكن بالنسبة إلي، أشعر بنفس الشعور وكأني أشتري زبدة لمرض القلاع[2] أو شيء من هذا القبيل. ما يدور بداخلي هو «أوه، أنا أعلم ما الذي أحتاج إلى القيام به، لكنني حقًا لا أريد القيام به، وفقط». وهذا دال إلى حد ما على الوصمات التي ترتبط بالأمر، وذلك لأنني ما زلت لا أشعر بضرورة الراحة مع حقيقة أنني أعاني الاكتئاب، وأنه أصبح شيئًا رئيسيًا في حياتي، وأنني يجب أن أعتمد على تلك الحبات. أود فقط أن يتوقف ويختفي كل هذا.

الشيء الآخر المزعج بشكل عام هم أولئك الأشخاص الذين لديهم اقتراحات مفيدة للغاية حقًا. الأمر متعب إلى أقصى حد، أن تحاول أن تكون مهذبًا معهم فيما يقولون لك، لأن نياتهم جيدة حقًا. لكن الكثير منهم ليس لديه أدنى فكرة عما ألم بي. ربما عانى بعضهم نوبة اكتئاب بعد فترة من الأسى أو بعد فقدان لوظيفته، وعلى الرغم من أن هذا الحزن لا غبار عليه تمامًا، فإنه ليس مثل ما يحدث لشخص مثلي، حيث يقول لي الأطباء «نحن لا نعرف لم أصابك الاكتئاب، لكنه أصابك. يمكن أن يكون سببًا وراثيًا. لا نعرف».

إذا حيرت حالتي الأطباء كذلك، فحينئذٍ إذا قال لي شخص عادي في الشارع أو على تويتر «أوه، حسنًا، لقد فعلت هذا وقد ساعدني حقًا، لقد غيرت

---

(1) شركة (Boots UK Limited) والمشهورة باسم بووتس Boots هي سلسلة صيدليات بريطانية للصحة والجمال موجودة في المملكة المتحدة. (المترجم).

(2) مرض القلاع هو عبارة عن التهاب فطري قد يظهر في مناطق مختلفة من الجسد، وبخاصة في الفم والحلق، ويبدو على هيئة طبقة بيضاء تبدأ بتغطية المناطق المصابة كاللسان، وتشبه إلى حد كبير في مظهرها ولونها شكل الجبنة. (المترجم).

نظاميَ الغذائي وساعدني حقًا» لن يكون هذا مفيدًا كثيرًا. أنا سعيدة لأنه نجح معهم، ولكن مهما أكلت، ومهما فعلت، ما زلت أود أن ألقي بنفسي أمام حافلة، ما لم أتلقَ العلاج».

كما تقول مارثا، تكمن المشكلة في أن هؤلاء الأشخاص لا يعرفون ما الذي يعنيه حقًّا الشعور بالاكتئاب السريري، كما لن تتسنى لهم معرفة ما الذي يعنيه أن يفقد شخص ما أحد أطرافه لأنهم تعرضوا لجرح من قبل بقطعة من الورق.

لحسن الحظ، بفضل كل جهود التوعية، أصبح الاكتئاب السريري مفهومًا معترفًا به بشكل أفضل. يدرك عدد أكبر من الناس الآن أن الاكتئاب مشكلة صحية حقيقية، وليس مجرد نوبة حزن طبيعية يشعر بها الجميع، وأن من أصابه الاكتئاب ليس كسلان جدًّا أو منغمسًا في نفسه فقط ولا يريد التعامل معه. لا تزال مثل هذه الاتهامات شائعة بشكل قاتم، لكنها تبدو أقل شيوعًا مما كانت عليه في السابق، وهذا تقدُّم.

ولكن، يمكن أن يكون هذا التطبيع (Normalization) المنتشر بين عامة الناس للاكتئاب (لعدم وجود تعبير أفضل) نعمة ونقمة في الوقت نفسه. أي شيء معقد يُنشَر ويُصَوَّر بين عامة الناس عادة ما ينتهي به الأمر إلى أن يُفرَطَ في تبسيطه وعدم دقته، وهذا هو ما يحدث غالبًا هنا. هناك الكثير من الصور الحديثة للاكتئاب التي تضفي عليه طابعًا رومانسيًا غريبًا، وتصوره على أنه موجة شديدة لكنها عابرة من الحزن العاطفي، أو أنه يعبر عن الأشخاص الجميلين الذين تعكر صفو مزاجهم ويريدون أن يعزلوا أنفسهم عن الناس لبعض الوقت، أو أنه شيء يسبب عذابًا كبيرًا، ولكنه يأتي بالإبداع المشبع بالغضب عند الفنانين.

مسؤولة الموارد البشرية، لوري ويليامز، لديها بعض الآراء المثيرة للاهتمام حول الصدام بين وسائل الإعلام العامة والواقع عندما يتعلق الأمر بتصوير ماهية الصحة النفسية والعقلية...

«النسخة الرومانسية للفتاة التي تعاني نوبة اكتئاب عادة ما تكون تلك التي ترتدي فيها الفتاة معطفًا كبيرًا واسعًا، ربما دون أي شيء تحته سوى بعض الجوارب البيضاء المترهلة. ويكون المعطف ساقطًا عن أحد كتفيها

وهي تمسك بكوب من مشروب ساخن يشع بخارًا، وعليها أن تجلس على مقعدٍ قريب من النافذة، أو تقرأ شيئًا ما، أو يكون لها شعر مطلق أو في شكل ذيل حصان فضفاض. هذه هي صورة الاكتئاب المسموح بها. يُسمح لك بالجلوس هناك والتأمل والهدوء والقراءة والنظر من النافذة. هذه هي الصورة التي يجب أن تكون عليها. جميلة ومغرية.

لكن في الواقع، إذا كنت فتاة ضخمة ترتدي معطفًا كبيرًا واسعًا، فذلك لأن هذا هو المعطف الوحيد ذو الحجم الوحيد المناسب لك، وهو أيضًا الشيء الوحيد الذي يمكنك أن تجده على الأرضية المغطاة بالفضلات في غرفة نومك، ولا، المعطف لا يحتوي على شعر لقطتك، ولا ترتدي شيئًا تحته لأن بناطيلك مهترئة ممتلئة بالثقوب أو لأنك لا تقدر حتى على بذل المجهود للعثور عليهم.

أنت لا تقرأ كتابًا، بل تقرأ الجزء الخلفي من -وحدث ذلك لي بالفعل في أحد الأيام- قرأت تعليمات الطبخ الموجودة على ظهر علبة الطعام خمس مرات. كان الطعام في الفرن يحترق لأنني وجدت نفسي أقرأ دون توقف وكنت أفكر، هذه هي القراءة المتأملة إذًا. لن أقوم أبدًا بوضع منشور لي على الإنستجرام في أثناء قيامي بذلك. كنت أمسك بكوب باخر من الشوكولاتة الساخنة التي سكبت فيها كمية كبيرة من ويسكي البوربون[1]، وقلت لنفسي، هذه هي الحقيقة، هذا هو الواقع.

وبالمثل، لم أعد أُحصي عدد الشكاوى التي سمعتها من الاستخدام المبتذل لصورة الرأس المقيد المنتشرة في مقالات الصحة النفسية والعقلية. أنت تعرف تلك الصورة السوداوية للشخص الذي يخفي رأسه بكلتا يديه، تلك الصورة الموجودة في بداية عدد ما لا يحصى من المقالات، لا سيما تلك التي تتحدث عن الاكتئاب. إذا أردت الإنصاف، بصفتي شخصًا كتب العديد من المقالات عن الاكتئاب لمنصات إعلامية عامة، فهناك عدد قليل جدًّا من الخيارات النافعة المتاحة عندما يتعلق الأمر بعرض صورة تعبِّر عن الصحة النفسية والعقلية. لقد تحدثنا في فصل كامل عن كيف أن إحدى المشكلات الرئيسية في قضية الصحة النفسية والعقلية هي عدم قدرتنا على رؤيتها، لذا من البَدِهِيِّ أن تشكِّل محاولة التقاط صورة لها تحديًا. لكن وعلى الرغم

(1) ويسكي البوربون هو نوع من أنواع الويسكي الأمريكي. (المترجم).

من ذلك، أصبح الأمر مُبتذلًا، حيث يساوى تلقائيًا الآن بين مشكلات الصحة النفسية والعقلية، والاكتئاب على وجه الخصوص، والبؤس المستمر والمنهك.

وهذه ليست طريقة رائعة في التعامل مع الأمور، لأنه، كما ذكرت للتو، الاكتئاب أكثر تعقيدًا من كونه مجرد فترة طويلة من الحزن.

ماذا نعرف إذًا عن الاكتئاب؟ على الأقل بالنسبة إلى ما وصلت إليه أحدث العلوم، وقت كتابة هذه الكلمات.

اضطرابات المزاج

في البداية، يُصنَّف الاكتئاب على أنه اضطراب في المزاج (Mood Disorder). كما يوحي الاسم، فإن السمة الرئيسية لتلك الاضطرابات هي الإرباك أو الاختلال المنهِك لمزاج الفرد. وفقط حتى نكون جميعًا على نفس الصفحة، المزاج هنا يعني حالتك العاطفية العامة (Overall Emotional State). المزاج هو حالة طويلة الأمد، لكن أقل تحديدًا، من الحالات العاطفية الفردية. توصَف الحالة المزاجية عادة بعبارات أوسع من التكافؤ الإيجابي أو السلبي[1]. بلغة بسيطة، يعني هذا أن الحالة المزاجية يمكن أن تكون: جيدة، أو سيئة، أو في بعض الأحيان، لا هذا ولا ذاك. وعلى ذلك يمكنك أن تشعر بمجموعة من المشاعر وأنت في مزاج معين. يمكن أن تكون غاضبًا، محبطًا، حزينًا، حنقًا، أي من تلك المشاعر المختلفة بوضوح، ولكن كل هذا يمكن أن يحدث كجزء من حالة مزاجية سيئة.

أيضًا، يمكن للحالات المزاجية والعواطف أن تسقي بعضها بعضًا بطرق معقدة للغاية. على سبيل المثال، إذا كنت في حالة مزاجية سيئة، فأنت

(1) يُستخدم مصطلح التكافؤ (Valence) في علم النفس، وبخاصة عند الحديث عن المشاعر، ليُشير لحالة الانجذاب «الجيد» (التكافؤ الإيجابي) أو النفور «السيئ» (التكافؤ السلبي) تجاه حدث أو شيء أو موقف. ومن الجدير بالذكر أيضًا أن مصطلح التكافؤ (Valence) موجود في علم الكيمياء بداية، ويطلق على تكافؤ العناصر الكيميائية. وتكافؤ أي عنصر هو مقياس لقدرته على الاندماج مع الذات الأخرى عندما يشكل مركبات أو جزيئات. ويمكن أن يكون نفس المعنى قد استعير من الكيمياء ليدل على نوع المشاعر التي يميل إليها الفرد عندما يكون في حالة معينة. (المترجم).

تميل إلى أن تكون أقل قدرة على الإحساس بالعواطف التي ترتبط بالسعادة والمتعة وأقل تقبلًا لها. كالعواطف المرتبطة بالضحك والرضا. لقد مررنا جميعًا بتلك الأوقات التي كان فيها برنامجنا التلفزيوني المضحك المفضل أو الموسيقى المفضلة لدينا، وهي أشياء تجعلنا عادة سعداء للغاية، تبدو مزعجة أو محبطة، لأننا «لسنا في حالة مزاجية جيدة». وينم هذا عن أن حالاتنا المزاجية تهيمن على عواطفنا وتؤثر فيها.

ومع ذلك، على الجانب الآخر، في بعض الأحيان يمكن للتجربة العاطفية غير السارة أن تضعك في مزاج سيئ بسرعة، ويمكن أن تخرجك منها تجربة إيجابية صادقة. يمكن أن يكون طريقك للعمل كابوسًا لا يطاق، مما يضعك في مزاج سيئ جدًّا طوال اليوم، إلى أن يخبرك رئيسك، بشكل غير متوقع، أنك قد تمت ترقيتك، وعندها تقفز من الفرح، وتنسى تمامًا كل الأفكار عن احتدام الطريق والاختناقات المرورية.

النقطة المهمة هي أن عواطفنا وحالاتنا المزاجية لهما تأثير كبير على الطريقة التي نعيش بها. إنهما متشابكان بطرق معقدة للغاية، ويمكنهما بالفعل أن يتغيرا بسهولة، وفي كثير من الأحيان، يتغيران استجابة لما يحدث في حياتنا في وقتها. إلا إذا كان لديك *اضطراب* في المزاج. هذا، في جوهره، هو الوقت الذي يتغير فيه مزاجك بطرق غير مجدية، وغير متوقعة، وغير منطقية في كثير من الأحيان، ويتغير بطرق لا علاقة لها بما يحدث لك في وقتها. والأهم من ذلك، أن مزاجك لن يعود كما كان مرة أخرى. يصبح مزاجك منفصلًا عما يحدث لك بالفعل. وبالنظر إلى التأثير الهائل لمزاجك على طريقة تفكيرك وتصرفك وإدراكك للأشياء، فقد تكون هذه مشكلة كبيرة.

من المهم أيضًا التأكيد على أن اضطرابات المزاج لا تقتصر على المزاج المنخفض. يمكن أن يحدث العكس أيضًا. المزاج العالي (High Mood) هو المصطلح المقابل المنطقي هنا، على ما أعتقد. لكننا لا نقول ذلك. نقول مزاجًا مرتفعًا (Elevated Mood). ربما لأنها تبدو أكثر مهنية وتقنية، أو ربما لأن مصطلح المخ «العالي» هو المصطلح المستخدَم بالفعل لوصف تأثير تعاطي المخدرات. على أي حال، فإن النقطة المهمة هنا هي أن اضطرابات المزاج

يمكن أن تتجلى في حالة مزاجية مرتفعة، أو منخفضة، أو دورية، حيث يتأرجح المزاج بين هذين النقيضين.

الحالات العيادية الخطيرة من المزاج المرتفع عادة ما يُطلَق عليها الهوس (Mania) أو الهوس الخفيف (Hypomania)، حيث يكون الشخص، بشكل مستمر وخطير، جانحًا مفعمًا بالنشاط، وطائشًا كذلك. يكون مزاج هؤلاء الأشخاص مرتفعًا بلا شك. وعلى الرغم من أنني لن أكرس فصلًا كاملًا للحديث عن الهوس، فإنني سأتناوله هنا للحظة، للتأكيد على بعض النقاط المهمة. أحدها هي أنه وعلى الرغم من أن الاكتئاب يحظى بنصيب الأسد من الاهتمام، فإنه ليس الاضطراب المزاجي الوحيد. إنه فقط الاضطراب الأكثر هيمنة، لأنه الأكثر شيوعًا على الإطلاق.

شيء آخر يجب تسليط الضوء عليه هنا، هو أن هناك من يصف الهوس بأنه انعكاس الاكتئاب، طرفه النقيض. وفي حين أن هناك أسبابًا منطقية لذلك، فإنه من المحتمل أن يكون ادعاءً ضارًّا إذا اعتقد الناس به، لأنه، وبهذا المنطق، إذا كان الاكتئاب يحبطك ويجعلك غير سعيد، فالهوس هو الذي سيخرجك من الحزن ويجعلك سعيدًا. ونعم صحيح، غالبًا ما تكون هناك عناصر مبهجة قوية في نوبات الهوس، لكنها دائمًا ما تشكل مشكلة خطيرة وتكون لها عواقب وخيمة جمة، لذلك ينبغي لنا حقًّا عدم الاحتفاء بها أو تبنيها. الأمر أشبه بتعاطي المخدرات؛ المخدرات تقدم بالفعل الكثير من المتعة لمتعاطيها، ولكن كما يعلم الجميع، هذا بعيد كل البعد عن أن يكون كل ما تقدمه المخدرات لمتعاطيها.

لكن مع ذلك، فإن وجود الهوس قائمًا بذاته، بحيث يعاني الفرد الهوس فقط ولا يعاني أي شيء آخر، هو أمر، نسبيًا، نادر جدًّا. في الواقع، تشير البيانات إلى أن الغالبية العظمى من حالات الهوس توجد في اضطراب ثنائي القطب [3](Bipolar Disorder)، هذا المزيج بين الاكتئاب والهوس، حيث يتأرجح الفرد بانتظام بينهم من طرف إلى آخر. وهو رابع أكثر أنواع مشكلات الصحة النفسية والعقلية شيوعًا، وفقًا لكثير من البيانات.

هذا جزء من سبب وجود صعوبة في تضييق الأرقام المتعلقة بالاكتئاب. إذا كان لديك شخص تظهر عليه جميع علامات الاكتئاب، فهل يعاني الاكتئاب

العادي، أم اضطرابًا ثنائي القطب؟ يمكنك مطابقة جميع المعايير الخاصة بالاكتئاب، لتجد بعد بضعة أشهر أن سلوكك يتغير بشكل جذري، والآن أنت في نوبة من الهوس بكل تأكيد. نعم، هذا يجعل الأمور أكثر تعقيدًا مرة أخرى، حيث يمكن لتشخيصك، الذي ربما تكون قد قضيت سنوات لتحصل عليه، أن يتغير فجأة. مثال آخر على قصور النموذج التشخيصي، على ما أعتقد.

التنوع المدهش لحالات الاكتئاب

هناك عامل آخر يزيد الأمور تعقيدًا، وهو أن الاكتئاب السريري يمكن أن يتخذ أشكالًا واسعة التنوع بشكل مدهش. فهو ليس فقط مجرد فترة من المزاج المنخفض.

ذكرتُ سابقًا الأعراض التي يجب وجودها للتشخيص بالاكتئاب. أشياء مثل وجود حالة مزاجية سيئة مستمرة وغير متغيرة، وفقدان الطاقة، وعدم التجاوب مع الأشياء المثيرة للمتعة، والأفكار الانتحارية، والشعور المفرط بالذنب، وما إلى ذلك. على الرغم من ذلك، لم أكن شاملًا تمامًا في هذا العرض. صحيح أن هذه الأعراض مطلوبة للتشخيص، لكن التشخيص الذي ستحصل عليه بها هو *اضطراب الاكتئاب الشديد* (Major Depressive Disorder). على وجه التحديد، إذا كان لديك نوبة واحدة مؤكدة، فإن تشخيصك هو: اضطراب الاكتئاب الشديد-نوبة *واحدة*. إذا أصابتك نوبة أخرى في وقت لاحق، بعد التعافي من النوبة الأولى، سيكون لديك: اضطراب الاكتئاب الشديد-متكرر.

اضطراب الاكتئاب الشديد هو أكثر أنواع الاكتئاب شيوعًا وانتشارًا. إنه يشمل جميع السمات الكلاسيكية للاكتئاب التي تُصَوَّر في وسائل الإعلام العامة: الحالة المزاجية القاتمة بشكل ثابت، واختفاء الدوافع، والعقلية السلبية التي لا تتزعزع، وما إلى ذلك. لقد قلت أيضًا سابقًا إننا يجب أن نستخدم كلمات مختلفة للتعبير عن الاكتئاب اليومي والاكتئاب السريري المزعج نفسيًا وعقليًا. مما يُحسب لهم في عالم الطب والعلاج النفسي، أن *هناك* كلمات مختلفة جلية لمظاهر الاكتئاب وسوء الحالة المزاجية المختلفة. من المؤسف فقط أن مثل هذه الفروق لم تنتشر بعد في العالم الأوسع. لكن من يدري، ربما إذا أُعطيَت الوقت الكافي، ستنتشر.

لذلك، من الناحية الطبية، إذا كنت تمر بفترة سيئة بسبب بعض أحداث الحياة، يُقال إنك في حالة مزاجية سيئة (Low Mood). ولكن إذا كنت مصابًا بالاكتئاب السريري، فأنت مصاب باضطراب الاكتئاب الشديد (Major Depressive Disorder) أو أحد أنواع الاكتئاب الأخرى المعترف بها طبيًا. لقد تناولنا في وقت سابق الحديث عن لِمَ يجب أن تكون المصطلحات الطبية محددة قدر الإمكان، لأنك بحاجة إلى معرفة ما الذي تتعامل معه، وكيف يمكنك التصرف معه. وبالتأكيد، فحالات الاكتئاب واضطرابات المزاج ليست استثناء لهذا.

لكن المدى الواسع لأعراض الاكتئاب المحتملة يشير إلى أن هناك الكثير من التنوع الذي يمكن العثور عليه داخل الاكتئاب، مما يعني أن هناك العديد من الأنواع بداخلها العديد من الأنواع الفرعية لمختلف الاضطرابات الاكتئابية. أنواع كثيرة لدرجة أننا لن نتمكن من تغطيتها جميعًا هنا، ولكن إليكم بعض الأمثلة:

هناك اكتئاب ذُهاني شديد (Psychotic Major Depression)، حيث يعاني الفرد، إضافةً إلى جميع الأعراض الشائعة الأخرى، الذُّهان (Psychosis)، والذي فيه يصاب بالأوهام (Delusions)، والهلاوس (Hallucinations) في بعض الأحيان. في تلك الحالة يبدو أن المشكلة التي تسبب الاكتئاب قوية جدًّا لدرجة أنها تؤثر على قدرة المخ على التمييز بين ما هو حقيقي وما هو غير حقيقي، وليس فقط على القدرة على التحكم في المزاج وتنظيمه.

وهناك اكتئاب سوداوي (Melancholic Depression)، والذي يشبه إلى حد كبير اضطراب الاكتئاب الشديد، ولكنه أشد سوءًا. يعد غياب أو عدم وجود القدرة على الإحساس بالمتعة سمة أساسية للاكتئاب، لكن في الاكتئاب السوداوي يكون الفرد أقل قدرة على فعل أي شيء بشكل عام. يميل من أُصيب بالاكتئاب السوداوي إلى فقدان الوزن بشكل أكثر حدة، والاستيقاظ في وقت مبكر جدًّا عن الطبيعي، وعادة ما تكون أعراضهم أسوأ بكثير في ساعات الصباح الباكر من اليوم أيضًا. يرتبط هذا بالكثير من الأدلة التي تظهِر أن الاكتئاب والنوم متشابكان للغاية[4]. الأرق (Insomnia) سمة شائعة في العديد من أنواع الاكتئاب. يعتمد نومنا على إيقاعات الساعة البيولوجية

(Circadian Rhythms)، تلك الأنماط والآليات المعقدة التي تتحكم فيها أمخاخنا عندما نكون مستيقظين، ومتعَبين، ونائمين، وهكذا. ولهذا السبب تشعر بمستويات مختلفة من التعب في أوقات مختلفة من اليوم. النوم عملية حيوية لصحة المخ بشكل عام، ولكن تلك الآليات التي تنظم عمليات النوم يمكن الغدر بها وإلقاؤها بعيدًا بسهولة، حتى ونحن في أحسن أوقاتنا. قد يحدث ذلك عن طريق الإثارة الشديدة، أو اختلال التوازن الهرموني، وحتى بسبب مستويات الضوء، ولذلك نشعر بإرهاق السفر (Jet Lag).

ولكن نظرًا إلى أن الأنظمة التي تنظم النوم تضطرب بسهولة، وبما أن أيًّا ما يكن مسببًا للاكتئاب فهو شيء يؤدي إلى إلقاء العمليات الداخلية الاعتيادية للمخ بعيدًا، ففي بعض الأحيان، يتسبب الاكتئاب في قلة النوم. وقلة النوم تؤدي إلى زيادة إرهاق المخ بشكل أكبر. النوم، بجانب بعض الأمور الأخرى، هو المكان الذي يقوم فيه المخ بتوطيد الروابط الموجودة فيه، وإزالة النفايات والمخلفات، ويحافظ فيه المخ بشكل عام على كل ما يحدث بداخله. المخ المحروم من النوم لا تتم صيانته بشكل جيد، مما يعني أن لديه قدرة أقل على مواجهة أو درء اضطراب مزاجي مثل الاكتئاب. لذلك، إذا تسبب الاكتئاب في فقدان النوم، تبدأ حلقة سامة مفرغة. وقد يعني ذلك أيضًا أن الأعراض تختلف بناءً على وقت اليوم، حيث تتأرجح الدورات الكيميائية والعصبية التي تنظم النوم بين الذروة والهبوط. سيساعد هذا في تفسير سبب كون الاكتئاب السوداوي عنيفًا بشكل خاص وكونه في أسوأ حالاته في ساعات الصباح.

على الجانب الآخر، هناك عسر المزاج أو الاكتئاب الخفيف (Dysthymia)، حيث تظهر عادةً أعراض الاكتئاب الشديد، ولكنها لا تكون شديدة أو منهِكة تمامًا، لذلك يكون لدى الفرد فرصة أفضل للتعامل معها. الجانب السلبي هو أن هذا النوع الأكثر اعتدالًا يميل إلى أن يستمر لفترة أطول بكثير من نوبات الاكتئاب الأكثر حدة، وغالبًا ما يدوم لمدة عامين أو أكثر. يبدو الأمر كما لو أن الفرد هنا يعاني نوعًا من الاكتئاب الذي لا يكون شديدًا بما يكفي ليصيبه بالعجز، لذلك يمكن لمخه أن يستمر في العمل بطريقة قريبة من الطبيعي. لكن ينتج عن هذا نمط العقد (Holding Pattern)، وهذا ليس مثاليًا. يمكن

أن يطرحك اضطراب اكتئابي عنيف أرضًا، لكن عسر المزاج قد يجبرك على الحصول على بعض الراحة لتتخطاه، لإعطاء مخك الوقت الكافي ليرتب أوراقه، أو ربما ليطلب المساعدة والتدخل. لا يدفعك عسر المزاج/الاكتئاب الخفيف هذا إلى تلك الحدود القصوى، ولكن يمكن أن يستمر لفترة أطول نتيجة لذلك.

لسوء الحظ، في بعض الأحيان يمكن أن تتعاون أنواع الاكتئاب المختلفة مع بعضها، وتصاب باكتئاب مزدوج (Double Depression)، وهو فترات طويلة من عسر المزاج الأكثر اعتدالًا، تتخللها نوبات منتظمة من نوبات الاكتئاب الشديد. وبذلك تعيش سنوات تشعر فيها إما بالاكتئاب، أو الاكتئاب الشديد.

وبعد ذلك لدينا أنواع الاكتئاب الأكثر خصوصية، مثل اكتئاب ما بعد الولادة (Postpartum Depression)، والذي يصيب ما بين عشر وخمس عشرة بالمائة من الأمهات الجدد اللواتي أنجبن للتو[5]. (على الرغم من أن البعض يجادل بأن النسبة أعلى بكثير من هذا ولكنها لا تحظى بالاهتمام كمشكلة كثيرًا، لأنها شائعة جدًّا). هذا منطقي، لسوء الحظ، حتى بعد أكثر الولادات الخالية من الألم المتَّبعة لأدق الإجراءات الموجودة في أفضل الكتب، بعد الولادة تكون المرأة قد عانت جيشانًا هرمونيًّا وعاطفيًّا وجسديًّا كبيرًا، ولديها الآن أيضًا إنسان ضئيل للغاية لترعاه، إلى الأبد. سيكون الأمر مثيرًا للغرابة إذا لم يعث هذا بحالتهم النفسية.

هناك أيضًا الاضطراب الوجداني الموسمي (Seasonal Affective Disorder)، ويبدو فيه أن الناس يعانون نوبات اكتئاب بشكل منتظم، ولكن فقط في أشهر الشتاء. هذا يمكن أن يذكرنا بأثر النوم ومستويات الضوء. يكون الجو أكثر ظلمة في الشتاء ويقل ضوء النهار، ولذلك فإن التغييرات التي يسببها هذا لأنظمة النوم الحساسة لدينا قد تؤدي إلى نوبات من الاكتئاب. أو ربما فقط لأن الشتاء يعني أن كل شيء يكون أكثر كآبة في الخارج، وإذا كانت صحتك النفسية هشة بالفعل، فقد يكون ذلك كافيًا لقلبك من فوق الحافة.

ستجد أيضًا الاكتئاب المرتبط ببعض المشكلات الصحية الأخرى، كتعاطي المخدرات، أو الإصابات المادية للمخ، أو الاضطرابات العصبية المتصلة بالمخ

مثل داء باركنسون. من الشائع جدًّا، على سبيل المثال، أن يصاب الأشخاص المصابون بالخرف (Dementia) أيضًا بعلامات الاكتئاب أو تظهر عليهم. ينطوي الخرف على اختلالات جسيمة في نطاق واسع من أعمال المخ، وبالتالي فإن فرص تأثر الأنظمة التي تنظم الحالة المزاجية ترتفع إلى حد كبير. ولكن حتى لو لم تتأثر تلك الأنظمة، فإن اكتشاف أنك مصاب بالخرف بالتأكيد سيشكل صدمة مؤلمة، صدمة ربما تكون كافية لدفع شخص ما إلى حالة اكتئاب في حد ذاتها. في الواقع، صُمِّمَت اختبارات تشخيصية لمساعدة الممارسين على معرفة الفرق بين الخرف والاكتئاب.

قد يبدو هذا غريبًا بعض الشيء، لأنه، أليس الخرف والاكتئاب شيئين مختلفين تمامًا؟ على المستوى الأوَّلي، الإجابة نعم. لكن تذكر، المشكلات النفسية والعقلية أو المشكلات المعرفية ليست أشياء يمكنك رؤيتها بشكل مباشر؛ تُكتَشَف إلى حد كبير من خلال الملاحظات والتفاعلات مع المريض، عادةً عبر مجموعة من الاختبارات والتقييمات. لذلك، لنفترض أنك تجري اختبارًا للذاكرة لشخص ما للبحث عن علامات الخرف، ويحصل الشخص على درجة ضعيفة للغاية؛ يمكنك أن تستنتج بشكل معقول أن هناك خللًا ما في ذاكرتهم.

ولكن ماذا لو حصلوا على درجة ضعيفة فقط لأنهم لا يملكون أي دافع لبذل الجهد والقيام بعمل جيد في الاختبار-لأنهم يعتقدون أن الاختبار لا قيمة له حقًّا ولا يوجد ما يستحق العناء؟ ستبدو نتائج الاختبار حينئذٍ سيئة بشكل متشابه، لكن *السبب* سيكون مختلفًا تمامًا. وعلاج الخرف والاكتئاب يختلفان عن بعضهما تمامًا، لذلك من المهم معرفة المشكلة الفعلية قبل البدء في اقتراح الأدوية والعلاجات.

مرة أخرى، هذه القضية ليست قضية تنفرد بها مشكلات الصحة النفسية والعقلية، هي فقط أكثر فظاظة هنا. لإجراء مقارنة مادية أكثر، تخيل أنك ذهبت إلى الطبيب بسبب تورم كاحليك. يمكن أن يحدث تورم الكاحلين بسبب التواء قدمك، أو بسب السمنة، أو بسبب الشيخوخة لا أكثر، فينظر الطبيب إليك نظرة خاطفة ويصف لك بعض المسكنات أو التمارين الخفيفة أو التدخلات البسيطة المماثلة. المشكلة هنا هي أن الكاحلين المتورمين من

أعراض قصور القلب أيضًا! ومن أعراض الفشل الكلوي! يمكن أن يؤدي ضعف الدورة الدموية من قلب ضعيف إلى تجمع الدم وتكتله في المناطق السفلية، مما يسبب التورم. ويمكن أن يتسبب اضطراب التوازن الهرموني واضطراب الكهارل[1] الناتج عن فشل الكلى أيضًا في احتباس الماء وتورم الكاحلين. لكن غالبًا ما يبدو تورم الكاحل بنفس الشكل من الخارج.

إذا كنت تعاني تورمًا في الكاحل، فمن المهم للغاية أن يعرف طبيبك ما إذا كنت تعاني إصابة جسدية طفيفة أو انهيارًا في عضو حيوي. وبالمثل، إذا كانت نتائجك ضعيفة في اختبار الذاكرة، فمن الضروري أن يعرف طبيبك أو معالجك ما إذا كان ذلك بسبب الخرف أو الاكتئاب. لأن الخرف يعني وجود انتكاس (Degeneration)، خسارة مادية جسدية، في مجموعة كبيرة من مناطق المخ. والاكتئاب يعني... شيئًا آخر.

ومن هنا، فقد وصلنا إلى جوهر الأمر. ما الذي يحدث بالضبط في المخ في أثناء نوبة الاكتئاب؟ لماذا تكون مدمرة للغاية؟ وكيف يمكن لها أن تؤثر علينا بكل تلك الطرق العديدة والمتنوعة؟

النظرية الكلاسيكية: خلل التوازن الكيميائي

لسنوات عديدة، كانت النظرية السائدة عن سبب وكيفية حدوث الاكتئاب شيئًا يسمى فرضية أحادي الأمين (The Monoamine Hypothesis). وتلك النظرية ترتبط بشكل أساسي بمضادات الاكتئاب وكيفية عملها، ووددت فقط أن أنبهكم أننا سنناقش هذا الموضوع بالتفصيل في هذا القسم من الكتاب.

لقد سألتك هذا السؤال من قبل، لكن هل سمعت يومًا أحدًا يقول إن مشكلات الصحة النفسية والعقلية ناتجة عن «خلل التوازن الكيميائي» في المخ؟ هذه الجملة تُقال كثيرًا، على الرغم من أنها نادرًا ما تُشرَح بأي تفاصيل. من أين أتت هذه الفكرة؟ في كثير من الحالات، الجواب هو من فرضية أحادي

---

(1) اضطراب الكهرل (Electrolyte imbalance) أو اضطراب كهرل الماء هو اختلال في تركيز الكهرل في الجسد. تلعب الكهارل دورًا حيويًا في المحافظة على استتباب الجسد. كما تساهم في تنظيم الوظائف القلبية والعصبية، وتوازن السوائل، ونقل الأكسجين، والتوازن الحمضي القلوي، وغيرها من العمليات الحيوية أيضًا. والكلى هي أهم عضو في الحفاظ على مستوى توازن السوائل والكهارل في الجسد. (المترجم).

الأمين. اختلال التوازن الكيميائي هي الطريقة المبسطة لوصف هذه الفرضية بعبارات قريبة للشخص العادي. ولكن إليك ما تعنيه تلك الفرضية حقًا.

أتذكُر الفصل السابق، الذي رأينا فيه مدى أهمية الناقلات العصبية للمخ؟ يعتمد مخك بالكلية على تلك الرسل الكيميائية للقيام بكل ما يحتاج إلى القيام به. لقد تطرقنا أيضًا إلى حقيقة وجود أنواع مختلفة من الناقلات العصبية. عادة ما تُعرَّف تلك الناقلات العصبية عن طريق فئة المواد الكيميائية التي تنتمي إليها في تصنيف العناصر الكيميائية، وليس ما تفعله، في حد ذاته، لأن العديد من الناقلات العصبية تلعب مجموعة واسعة من الأدوار في المخ.

بناءً على ذلك، فإحدى فئات الناقلات العصبية هي فئة أحادي الأمين. إنها مواد كيميائية تحتوي على جُزيء أمين واحد متضمن في بنيتها[1]. أيضًا النواقل العصبية أحادية الأمين هي تلك التي من المرجح أن تكون قد سمعت عنها في الحياة اليومية. الدوبامين أحادي الأمين. وكذلك أيضًا النورأدرينالين والأدرينالين، اللذان يمكنك عدُّهما نسخة من الشيء، لكن على هيئة ناقلات عصبية وهرمونات، على التوالي[2].

غالبًا ما يُطلَق على الدوبامين «المادة الكيميائية السعيدة»، نظرًا لدوره الحاسم في تجاربنا المتعلقة بالمكافآت والسرور، وهذا شيء سنصل إليه في وقت لاحق. وينطبق الأمر نفسه على السيروتونين، والذي قد يبدو سماع اسمه مألوفًا بسبب دوره المركزي في علاج الاكتئاب. ربما سمعت من قبل، على سبيل المثال، عن مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) المعروفة بالـ SSRIs. بروزاك، زولوفت، لوفوكس؛ مضادات الاكتئاب الشائعة هذه كلها مثبطات استرداد سيروتونين انتقائية.

---

(1) إذا كنت تريد أن تعرف بالضبط ما يعنيه هذا، يرجى استشارة أقرب كيميائي محترف، لأن هذا خارج عن اختصاصي. لكن في الوقت الحالي، دعونا نقبل فقط أن أحادي الأمين هو نوع معين من أنواع الناقلات العصبية.

(2) قد يعرف القراء في الولايات المتحدة والبلدان الأخرى الأدرينالين والنورأدرينالين على أنهما إبينفرين ونورإبينفرين. نفس الشيء، تسميات مختلفة. لأن علم الأعصاب ليس مربكًا بدرجة كافية بالفعل.

في الواقع، دعونا نأخذ خطوة إلى الوراء قليلًا.

اكتُشِفَت مضادات الاكتئاب كما نعرفها في أواخر الأربعينيات والخمسينيات من القرن الماضي، عن طريق الصدفة، إلى حد كبير[6]. بدأت مضادات الاكتئاب الأولى حياتها كعقاقير تجريبية لأمراض أخرى، مثل السل (Tuberculosis) والصدمة الجراحية (Surgical Shock)، وهي حالة ناتجة عن اختلال تدفق الدم في الجسد بعد العمليات. لكن سرعان ما أدرك الباحثون أن هذه المواد التجريبية تسببت في رفع الحالة المزاجية للمرضى، وجعلهم أكثر سعادة ونشاطًا، وتساءلوا ما الذي يحدث. وفجأة، وُلدت مضادات الاكتئاب.

يمكنني أن أتطرق إلى الآليات المحددة والطبيعة الكيميائية لمضادات الاكتئاب هذه، وأستحضر مصطلحات مثل الأمينات ثلاثية الحلقات ومثبطات مونوامين أوكسيديز، لكن هذا سيصير بلبلة بسرعة كبيرة. ومع ذلك، فإن التأثير الرئيسي لجميع مضادات الاكتئاب تلك هو أنها تزيد من نشاط الناقلات العصبية أحادية الأمين في المخ، غالبًا عن طريق منع إزالة الناقل العصبي (Neurotransmitter) من التشابك العصبي (Synapse).

لقد رأينا كيف يعمل الناقل العصبي، وكيف يتيح مرور الإشارات من خلية عصبية إلى أخرى عبر التشابك العصبي. ولكن عندما يُطلَق ناقل عصبي في التشابك العصبي، فإنه فقط لا يظل هناك إلى الأبد. إنه رسول كيميائي. تركه هناك يعني أنه سيستمر في «إيصال» الرسالة بشكل متكرر. وإذا كانت هذه الرسالة «تنشيط، أنشئ إشارات!» ستستمر الخلايا العصبية المتلقية لتلك الرسالة في تنشيط وإرسال الإشارات، لفترة طويلة تتجاوز احتياجاتها.

الأمر مثل أن يبقي شخص قدمه دون أن يرفعها عن دواسة الوقود في السيارة بعد أن يصل إلى السرعة المطلوبة. هذا أمر غير مفيد، لأسباب عديدة. لذلك، بمجرد قيام الناقلات العصبية بما يحتاجون إلى القيام به، عادة ما تُفَكَّك إلى مكونات غير فعالة، أو تُزال بواسطة آليات أخرى، أو تُمتَص مرة أخرى في الخلايا العصبية لاستخدامها مرة أخرى لاحقًا. يختلف الأمر باختلاف الخلايا العصبية والناقلات العصبية التي تتحدث عنها، ولكن على أي حال، يُتَخَلَّص منها.

جوهريًا، حالت مضادات الاكتئاب الأصلية تلك دون حدوث إزالة للنواقل العصبية من التشابكات العصبية. أو على الأقل أبطأت إزالتها إلى حد ما. لقد تسببت في بقاء النواقل العصبية لفترة أطول في التشابكات العصبية، فاستمر تأثيرها، وزاد ذلك من تحفيزها العام للخلايا العصبية المستقبِلة لها. ولكن هذا حدث مع بعض النواقل العصبية أحادية الأمين فقط، مثل النورأدرينالين، أو كما هو منتشر أكثر هذه الأيام، السيروتونين.

لذلك، كانت مضادات الاكتئاب، ولا تزال في غالب الأمر، موادَّ كيميائية تزيد من نشاط الناقلات العصبية أحادية الأمين في المخ. يؤدي هذا غالبًا إلى شعور مرضى الاكتئاب بالتحسن واستعادة وظائفهم الطبيعية. لذلك، استُنتِجَ أن الاكتئاب يحدث عندما لا يوجد في مخك ما يكفي من الناقلات العصبية أحادية الأمين، لأي سبب من الأسباب. وهكذا، وُلدت فرضية أحادي الأمين للاكتئاب. ونتيجة لذلك، كانت أنظمة المواد أحادية الأمين في المخ هي الهدف الرئيسي لأبحاث الأدوية المضادة للاكتئاب لعقود. وبالنظر إلى المنطق القائل بأن المصابين بالاكتئاب يفتقرون إلى المستويات العادية، والمطلوبة، لبعض المواد الكيميائية المهمة، فنشأ من هنا تفسير «الخلل الكيميائي» للاكتئاب، وللعديد من مشكلات الصحة النفسية والعقلية الأخرى هذه الأيام.

كل شيء جميل ومهندم عندما تفكر فيه، أليس كذلك؟ لسوء الحظ، إنه مهندم *أكثر من اللازم*.

لقد تراجعت فرضية أحادي الأمين في السنوات الأخيرة[7]، لأنه بتراكم البيانات، نشأت الكثير من المشكلات التي تواجهها. أكثر المشكلات وضوحًا هي هذه: دعنا نفترض أن الاكتئاب ناتج بالفعل عن مستويات منخفضة بشكل ضار من الناقلات العصبية أحادية الأمين، مثل السيروتونين، وهذا هو السبب الجذري للاكتئاب. هذا ليس تفسيرًا بعيدًا عن جوهر فرضية أحادي الأمين. لذلك، إذا كان هذا هو السبب الوحيد للاكتئاب، فإن زيادة وجود السيروتونين إلى مستويات طبيعية أكثر ينبغي أن يكون كل ما يجب عليك القيام به لحل الاكتئاب. أليس كذلك؟

إليكم المشكلة: نظرًا إلى السرعة التي تسير بها أجسادنا على المستوى الكيميائي، تدخل المواد المهمة الموجودة في مضادات الاكتئاب إلى مجرى

الدم وتبدأ في العمل في أمخاخنا في غضون دقائق. تعمل مضادات الاكتئاب على زيادة وجود السيروتونين في خلاياك العصبية إلى حد كبير بمجرد تناولها. لذلك، منطقيًا، يجب أن نرى مضادات الاكتئاب تعمل إلى حد كبير على الفور. إلا أننا لا نرى *ذلك*. حتى مضادات الاكتئاب الأكثر موثوقية يمكن أن تستغرق عدة أسابيع قبل أن تثمر أي فائدة علاجية. ما الخبر إذًا؟

الأمر هو أننا نعلم أنهم بالفعل يفعلون *شيئًا*، لأن الآثار الجانبية عادة ما تبدأ في الظهور بسرعة كبيرة. تذكّر أن الناقلات العصبية تؤدي وظائف متعددة في جميع أنحاء المخ والجسد. إذا غيرت مستوياتها بالأدوية، فسيؤثر ذلك على أنظمة متعددة، ولن تكون معظم هذه التأثيرات كبيرة. لذلك، يمكننا التأكد من أن مضادات الاكتئاب تعزز بالفعل مستويات السيروتونين، أو غيرها من الناقلات العصبية، منذ دخولها إلى أجسادنا، لكن الاكتئاب نفسه لا يتأثر بذلك. غريب، أليس كذلك؟(1)

وإليك حقيقة مثيرة للاهتمام: مضادات الاكتئاب الأكثر شيوعًا -مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية مثل البروزاك- ليست في الواقع الأفضل في معالجة الاكتئاب[9]. مقارنةً مع الأدوية الأخرى، فإن تأثيرها على الاكتئاب خفيف نسبيًا. الأميتريبتيلين (Amitriptyline) هو أكثر مضادات الاكتئاب فعالية، وفقًا للبيانات، وهو أحد أقدم أنواع مضادات الاكتئاب، وهو من فئة الأمين ثلاثي الحلقات.

إذًا، لماذا تكون مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية هي الأكثر شيوعًا في ظل توفر أنواع أكثر فعالية؟ ذلك لأن الأدوية الأكثر فعالية لها أيضًا آثار جانبية أكثر شدة، مثل الإمساك، والدوخة، والصداع النصفي، وحتى مشكلات في القلب والكلى. مثبطات استرداد السيراتونين الانتقائية لها آثار جانبية أيضًا، بالطبع، لكنها أقل شيوعًا نسبيًا و/أو أقل حدة. وفقًا للأدلة، فإن قلة من الناس يعانون ردة فعل سيئة تجاه مثبطات استرداد السيروتونين

---

(1) هذه الآثار الجانبية العديدة هي أيضًا سبب كون التحمل (Tolerability) مصدر هم كبير عند تصنيع الأدوية ووصفها للمرضى، لا سيما مع الأدوية ذات التأثير النفسي.
- تشير كلمة التحمل بالنسبة إلى الأدوية إلى الدرجة التي يمكن أن يتحمل بها المريض الآثار الجانبية الضارة للدواء. (المترجم).

الانتقائية، أقل من أي مضادات اكتئاب أخرى. وهذا غالبًا ما يجعلها الخيار الأول والأفضل.

ببساطة، سيكون الدواء الذي يعالج الاكتئاب بشكل موثوق به في كل مرة رائعًا، ولكن ماذا لو تسبب ذلك في تقلصات مستمرة في المعدة، وأرق، وسرعة في دقات القلب، وفشل في الكبد؟ قد يَعُد العديد من المرضى أن هذه الأمراض منهكة مثلها مثل الاكتئاب، أو حتى أسوأ منه. إذًا، أي غرض ستحقق مثل تلك الأدوية؟ في الواقع، هناك العديد من الأدوية كهذه الأدوية، ولكنها عادة ما تكون مخصصة ومحجوزة للاكتئاب المقاوِم للعلاج (-Treatment Resistant Depression)، وهو مظهر من مظاهر الاكتئاب، كما يوحي الاسم، لا يبدو فيه أن العلاجات التقليدية لها أي أثر ملحوظ عليه. في مثل هذه الحالات، حيث يكون الاكتئاب سيئًا وعنيدًا بشكل خاص، تُخرَج الأدوية الأكثر فعالية من الأدراج، لأن الفرد حينها قد يكون مستعدًّا وقادرًا على التعايش مع الآثار الجانبية، إذا كان ذلك سيعني استعادة قدرته على ضبط مزاجه.

مرة أخرى، على الرغم من ذلك، من الجدير بالذكر والتكرار أن كل شخص يتفاعل بشكل مختلف مع كل دواء مختلف، وستكون الآثار الجانبية منهكة بدرجة ما بناءً على من تكون، وعلى ما تنطوي عليه حياتك. لدى الفتاة على الإنترنت (Girl on the Net)، وهي مدوِّنة جنسية مجهولة الهوية، مثال جيد على ذلك.

«بعد أن حصلت على تشخيصي، وصف لي طبيبي سيرترالين (Sertraline) ليساعدني بشكل أساسي في الشعور بتحسن قليلًا. اكتشفت لاحقًا أن الجرعة التي أعطوني إياها كانت عالية جدًّا على ما يبدو، لكن أكثر شيء أثار حنقي في ذلك الوقت، أكثر من أمر الجرعة، هو أنني سألت طبيبي على وجه التحديد عن الآثار الجانبية وقال لي: «أوه، لا، لن يكون هناك آثار جانبية حقًا، قد تشعرين بالقليل من الضبابية».

ما لم يذكره لي هو أن هذا الدواء جعلني غير قادرة على الوصول للنشوة الجنسية تمامًا طول الوقت الذي كنت أتناوله فيه. لم يذكر لي ذلك في أي وقت، ولذلك توقفت عن تناوله بعد بضعة أشهر. بعض الناس لا يمانعون أن يكون ذلك أحد الآثار الجانبية للدواء، أو يزعجهم الأمر بشكل أقل. لكنني

مدونة وكاتبة جنسية. بالنسبة إلي، هذا هو لب الفرحة الخصبة التي أحصل عليها في أثناء حياتي، والتي قد سُدَّت وتوقفت تمامًا. لم أستطع الوصول للنشوة الجنسية عن طريق الجنس أو الاستمناء. لم يجعلني هذا أشعر بالاكتئاب -لا أعرف ما الذي جعلني أشعر به لأنني كنت تحت تأثير مثبطات استرداد السيراتونين الانتقائية- لكنه جعلني حزينة جدًّا».

لكن بالعودة إلى النقطة الرئيسية: إذا كانت زيادة وجود الناقلات العصبية أحادية الأمين لا تساعد في علاج الاكتئاب على الفور، فيجب أن يكون هناك في الاكتئاب ما هو أكثر من ذلك. الأمر هو أنه ومنذ اكتشاف مضادات الاكتئاب، زاد فهمنا للمخ، وزادت قدرتنا على التحقق من طريقة عمله، بشكل جذري. وهذا، كما هو الحال مع معظم المساعي العلمية، يضع الاستنتاجات القديمة موضع التساؤل. وفي هذه الحالة، استنتاج أن السبب الجذري للاكتئاب هو عدم وجود ما يكفي من الناقلات العصبية مثل السيروتونين، يتضح باستمرار أنه، وفي أحسن الأحوال، تبسيط مفرط، إن لم يكن خاطئًا تمامًا.

على سبيل المثال، لطالما أُقحمت الخلايا العصبية السيروتونينية ووصلاتها في تنظيم المزاج، ولذلك نجد مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية شائعة جدًّا. ولفترة طويلة كان يُفترض على نحو واسع أن نظام السيروتونين الموجود في المخ عبارة عن شبكة واحدة كبيرة، تبدأ من جذع المخ (Brainstem)، الطبقة الأكثر أولية من المخ، ثم تتفرع بإسهاب إلى العديد من مناطق المخ الأخرى، وهذا هو ما قد يفسر سبب كون تناول الأدوية التي تحتوي على السيروتونين فعالًا بشكل موثوق. على الرغم من ذلك، كشفت الدراسات التي نُشرت مؤخرًا عام 2018 عن أدلة تشير إلى وجود نظامين منفصلين على الأقل للسيروتونين في المخ[9]. علاوة على ذلك، تشير البيانات إلى أنه قد يكون هناك العديد من الأنظمة الأخرى التي لم تُحَدَّد بعد.

لكن لم قد يهمنا هذا؟ شبكة واحدة، شبكتان، اثنتا عشرة شبكة، خمسون شبكة، ما الذي يهم؟ الأمر مهم في هذه الحالة لأن نظامي السيروتونين المنفصلين اللذين حُدِّدا يبدو أن لهما تأثيرات مختلفة ومتضاربة على الحالة المزاجية. يبدو أن تنشيط أحد النظامين ينعش العلامات الدالة على الحالة المزاجية الجيدة والحماس، بينما يؤدي تنشيط النظام الآخر إلى جعل

الأشخاص (في هذه الحالة، الفئران) أكثر قلقًا وعصبية، أو يظهرون مظاهر حيوانية أخرى للاكتئاب.

هناك العديد من الحالات لأشخاص لديهم ردود فعل سلبية أو ردود فعل غير ذات جدوى عند تناولهم مضادات الاكتئاب المعتمِدة على مثبطات استرداد السيراتونين الانتقائية. إنها نسبة صغيرة من عدد الأشخاص الذين يتناولون تلك الأدوية بالفعل، ولكن مع ذلك لا تزال الهيئات التنظيمية والرقابية تبلغ عن أن مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية يمكنها أحيانًا زيادة المزاج المكتئب، أو حتى تجعلك تواجه المزيد من الأفكار الانتحارية. يمكن أن يكون هذا واقعًا بشكل خاص للمرضى الأصغر سنًّا، أو أولئك الذين هم في الأسابيع القليلة الأولى من تناول تلك الأدوية.

لماذا يحدث هذا؟ كيف يمكن لدواء يوصَف على نطاق واسع لأنه يرفع من الحالة المزاجية أن يكون له تأثير معاكس على بعض الأشخاص، على الرغم من كونه يتكون من نفس الجزيئات الكيميائية بالضبط؟ حسنًا، في البداية يجب أن نتذكر حقيقية أن مخ كل فرد منا يتطور بشكل مختلف تمامًا، فلكل منا حياة فريدة، وبيئة داخلية فريدة. بالإضافة إلى أن الأعمال الخلوية المُميِّزة للمخ معقدة فوق كل وصف. لذا، ماذا لو كان نظام السيروتونين المحفز للمزاج الجيد لدى معظم الناس هو الذي تعززه مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية، بينما عند أشخاص آخرين، أو في المراحل المبكرة من تناول الدواء، يكون نظام السيرونين المحفز للمزاج السيئ أكثر استجابة لارتفاع مستويات السيروتونين التي تسببها تلك الأدوية، مما يؤدي إلى سوء الحالة المزاجية وتلك الآثار الجانبية؟

ربما الأمر لا يتعلق باختلال التوازن الكيميائي، ولكن يتعلق بالتوازن بين مستويات النشاط في شبكتي الخلايا العصبية السيروتونينية المتماثلتين، *والمتعارضتين* في الوقت نفسه، اللتين تؤثران على الحالة المزاجية، واللتين تستخدمان نفس الناقل العصبي؟ لصياغة الأمر بمصطلحات شائعة ومفهومة أكثر، فكِّر في الأمر مثل التحكم في حنفيتين للمياه في أثناء استحمامك. لديك حنفية للمياه الساخنة وأخرى للباردة، أليس كذلك؟ متماثلتان، ولكن متعارضتان. وعندما تستخدمهما معًا بشكل صحيح، فإنهما تؤديان وظيفتهما

بشكل جيد. ولكن قد يحدث في وقت ما أن تتفقد هاتين الحنفيتين وأنت تملأ البانيو الخاص بك، فتجد أنه لا يمتلئ بالسرعة الكافية، فتقوم بتشغيل حنفية واحدة حتى تضخ المزيد من المياه بقوة أكبر[1]. إلا أنه، ماذا لو كنت لا تعرف أي الحنفيتين ساخنة وأيهما باردة؟ قد ينتهي بك الأمر ببانيو بارد شديد البرودة ممتلئ عن آخره، وهذا ليس جيدًا.

ربما تكون محاولة تعزيز مستويات السيروتونين في المخ بينما لا نعرف النظام الذي نؤثر عليه تعمل بنفس الطريقة: تقليب عشوائي بين الحنفيتين على أمل الحصول على حمام ساخن. لكن ليس هناك ما يضمن أنك لن تجعل الأمور أسوأ.

مرة أخرى، كن على دراية أنه على الرغم من أن هذا قد يبدو تفسيرًا معقولًا، فإنه استقراء من جانبي، قمت به بناءً على بيانات جديدة جدًا. على مدى السنوات القادمة، قد يكشف البحث العلمي عن جوانب ومتغيرات جديدة تشرح الأشياء بشكل أكثر شمولًا. ببساطة، هذه المعلومات حول أنظمة السيروتونين المختلفة جديدة جدًا لدرجة أنه لم يتسنَ لنا الوقت للتحقيق في أمرها بعد. أنا فقط ألقي الضوء على كيف يمكن للتقدم في المعلومات أن يغير الحكمة المسلمة ويساعد في تفسير الأشياء التي كانت غامضة في السابق.

أذكر كل هذا أيضًا لإثبات مدى سهولة إنشاء أفكار تبدو متينة ومحكمة حول كيفية عمل المخ بناءً على ما نعرفه من معلومات عن المخ، والتي عندما نأخذ خطوات إلى الوراء وننظر إليها بصدق، نرى أنها كمية محدودة وقاصرة من المعلومات. لذلك، في حين أن التفسيرات البسيطة والمباشرة مثل فرضية أحادي الأمين جذابة للغاية، فإن الطريقة التي يعمل بها المخ ستفضي بصورة شبه حتمية إلى أن الصورة الأكبر ستكون شيئًا أكثر تعقيدًا بكثير.

---

(1) استطراد سريع للقراء الأمريكان: على عكس خياراتك المفضلة للسباكة الخاصة بمنزلك، من المعتاد في المملكة المتحدة أن يكون لديك حنفيتان (صنبوران) - أحدهما للمياه الساخنة والآخر للمياه الباردة. ما زلت أعتقد أن التشبيه قد يعمل إذا كان لديك صنبور واحد يتحرك لليمين واليسار، لكنني لا أعتقد أنه سيكون جيدًا بما يكفي حينئذٍ.

إليك مشكلة أخرى تتعلق بفرضية أحادي الأمين. إذا كان الأمر برمته يستند إلى استنتاج مفاده أن الاكتئاب ناجم عن تغييرات غير مفيدة في مستويات أحادي الأمين في المخ، فكيف تفسر إذًا حقيقة وجود بعض مضادات الاكتئاب الفعالة التي لا تؤثر على مستويات ناقلات أحادي الأمين في المخ على الإطلاق؟ إذا أخبرتك شركة الكهرباء والطاقة أن الكهرباء قد انقطعت عن منزلك بسبب مشكلات في الشبكة الكهربائية في المنطقة التي تسكن فيها، لكنك قمت باستبدال المِصهَر[1] في علبة الكهرباء الخاصة بمنزلك وعادت جميع الأضواء للعمل، ألا يعني ذلك أن شركة الكهرباء كانت مخطئة؟ الوضع مشابه هنا. لفترة طويلة، اعتقد الخبراء أن الاكتئاب ناتج عن عدم كفاية أحادي الأمين في المخ، ولكن لدينا الآن مضادات الاكتئاب تعالج الاكتئاب بينما تترك مستويات أحادي الأمين دون مساس، لأنها تعمل على أنواع أخرى من الناقلات العصبية، مثل الجلوتامات[10].

قد يقول البعض ربما تلك الأدوية البديلة تُخفي فقط أعراض الاكتئاب، بدلًا من أن تحل المشكلة؟ إنهم فقط يوقدون الشموع والكشافات في أثناء انقطاع التيار الكهربائي، لكنهم لا يعالجون المشكلة الأساسية في الواقع. ولكن إذا كان الأمر هكذا، ربما كل مضادات الاكتئاب تفعل ذلك؟ ولكن بالنظر إلى أنه اضطراب مزاجي، شيء نفسيٌّ بالكلية تقريبًا، ليس فيروسًا أو شيئًا ملموسًا، فربما تكون الأعراض هي كل ما تحتاج إلى القلق بشأنه.

ومرة أخرى، نتعثر في مستنقع الاحتمالات و «ماذا سيحدث لو». وهذه أشياء لا مفر منها إلى حد كبير عندما تحاول شرح العمليات العصبية النفسية المعقدة بشكل لا يصدق من حيثية الاختلالات الكيميائية البسيطة فقط. التركيز من هذه الحيثية ضيق للغاية، ومحدود كذلك للغاية.

إذًا، ما الذي يبدو أنه يحدث أيضًا في المخ في أثناء الاكتئاب؟

---

(1) المِصهَر (باللغة الإنجليزية «Fuse») هو فاصل تيّار يتألّف من سلك رصاصيّ صغير ينصهر فيقطع التّيار الكهربائيّ كلّما شكّلت قوّته خطرًا. (المترجم).

المرونة العصبية: سبب جديد للاكتئاب؟

مع تزايد القيود المفروضة على فرضية أحادي الأمين بشكل أصبح أكثر وضوحًا من أي وقت مضى، تفرَّع البحث عن فهم الآليات العصبية للاكتئاب في عدة اتجاهات. أحد المحاور المثيرة للاهتمام بشكل خاص تتعلق بالمرونة العصبية/اللدونة العصبية [11](Neuroplasticity). المرونة العصبية هي في الأساس قدرة المخ على التغير والتكيف على المستوى الخلوي. يمكنه إعادة تنظيم نفسه، وإنشاء وصلات جديدة، وإزالة الوصلات التي لا يحتاج إليها، وتوسيع المناطق والعمليات التي تصبح أكثر أهمية بمرور الوقت، وتقليص تلك التي لم يعد يستخدمها كثيرًا. هذه القدرات قدرات حيوية ماسة؛ يحتاج المخ باستمرار إلى التفاعل والاستجابة والتكيف مع كل الأشياء التي تحدث لنا. هذه هي فائدة وجوده. نظرًا إلى أن العالم من حولنا يتغير بشكل دائم، فأي فائدة تكون من مخ ساكن غير متغير؟ المخ الساكن خامل. المخ الساكن ميت.

لفترة طويلة، على الرغم من ذلك، كان يُفترَض أن مخ البالغين غير متغير بشكل جوهري، فبمجرد انتهائك من نموك في أثناء مرحلتي الطفولة والمراهقة، انتهى الأمر. مخك سيظل على حالته كما هي باقي حياتك. ومع ذلك، تُظهِر نتائج الأبحاث الحديثة أن هذا خطأ. صحيح أن الهيكل الإجمالي العام لمخك ترسى دعائمه وبنيته إلى حد كبير عندما تصل إلى سن الرشد؛ تكون المسارات والشبكات العصبية الرئيسية في مكانها ويبدو أنه لا يوجد الكثير الذي يمكنك القيام به لإعادة تشكيلها أو إعادة ترتيبها. ولكن على الرغم من ذلك، لا يزال هناك مجال واسع للمرونة.

فكر في الأمر كما لو كان مخك منزلًا. بينما تكبر وتنمو، يُبنى ويُشكَّل المنزل الذي يمثل مخك. بمجرد أن تصبح بالغًا، يكتمل تشكيل المنزل. لا يمكنك في هذه المرحلة فعل الكثير بشأن الجدران أو الأساسات، ولكن لا يزال بإمكانك إعادة تصميم الديكور، وتغيير التوصيلات الكهربائية، ووضع نوافذ جديدة، وما إلى ذلك. ربما حتى إضافة ملحق للمنزل أو إعادة تشكيل نظام السباكة. مثل هذه الأشياء يمكن أن تحدِث اختلافات كبيرة.

ومثل هذه التغييرات في المخ ممكنة أيضًا، لأن الخلايا العصبية لدنة، بمعنى أنها مرنة. يمكنهم تغيير شكلهم، أو إنشاء روابط جديدة أو فقدان روابط قديمة، وتغيير مخرجاتهم وإشاراتهم، ووظيفتهم، وذلك بفضل كل تلك الخصائص النافعة التي غطيناها سابقًا. على ذلك، فإن المرونة العصبية ذات أهمية حيوية.

إلا أنه يوجد الآن الكثير من الأدلة التي تُظهِر أنه عند الأشخاص المصابين بالاكتئاب، فإن المرونة العصبية لأمخاخهم تتضاءل بطريقة ما. الجوانب التقنية لذلك معقدة للغاية، ولا يوجد أحد متأكد بنسبة مائة في المائة بشأن ما يحدث بالضبط، ولكن هناك بيانات متزايدة تشير بقوة إلى أن المخ المكتئب -في مناطق رئيسية معينة- أقل قدرة على التغير والتكيف على المستوى الخلوي.

كيف يؤدي هذا إلى الاكتئاب؟ حسنًا، تذكَّر أن الاكتئاب لا يوصَف عندما يكون الشخص في حالة مزاجية سيئة أو متدنية، ولكن يُشخَّص الاكتئاب عندما تكون هذه الحالة المزاجية غير متزحزحة. كما لو أن الشخص يقع في مزاج متدنٍ للغاية، ولا يستطيع الخروج منه، فهو لا يمكنه تغيير ما يفعله مخه. إذا نظرت إلى الاكتئاب بهذه الطريقة، حيث ترى خلايا المخ الأساسية تفقد قدرتها المعتادة على التكيف والتغير، يصبح الأمر فجأة أكثر منطقية إلى حد ما.

في بداية هذا الفصل، رأينا كيف يمكن أن تكون الحالة المزاجية والعواطف سريعة الاستجابة ومتغيرة. ولكن إذا كان مخك أقل قدرة على التغير والتكيف مع المواقف الجديدة، فقد يكون مزاجك عالقًا بالضرورة. بالطبع لا يفقد المخ تمامًا المرونة التي يحتاج إليها لكي يعمل؛ لا يزال الأشخاص المصابون بالاكتئاب قادرين على التفكير والتفاعل والتحرك، لكن القيام بذلك يصبح أصعب بكثير مما ينبغي. وهو على الأرجح ما قد تتوقعه إذا فقدتْ خلايا المخ المسؤولة عن كل هذه الأشياء بعضًا من عطائها، ليس كله؛ كما لو كانوا غارقين في وحل من القطران أو ما شابهه.

أما وقد قلت هذا، فتجدر الإشارة إلى أن هناك حالات من تخشب الجمود (Catatonia) في بعض حالات الاكتئاب الشديدة، حيث يكون الأفراد أقل

استجابة بكثير، بالكاد يتحركون أو يتحدثون على الإطلاق. ربما يرجع هذا إلى فقدان قدر أكبر من المرونة، عدد أكبر من الخلايا العصبية تصبح جامدة وغير مستجيبة.

غطيت في الفصل السابق الأسباب العديدة التي تجعل البحث عن جزء معين في المخ مسؤول عن اضطرابات مثل الاكتئاب نهجًا مفرطًا في التبسيط وليس مفيدًا للغاية بشكل عام. لكن قد نتوقع أن يكون السبب وجود شبكة من مناطق المخ، العديد من الأجزاء المختلفة التي تعمل معًا، هي المتورطة في شيء معقد ومتغير مثل الحالة المزاجية. فإذا كان الحال كذلك، في حالة الاكتئاب، ألا تتوقع أن ترى ضعفًا في الأداء، أو انخفاضًا في المرونة العصبية، أو حتى انكماشًا، في مناطق متعددة من المخ؟ نعم كذلك. وهذا هو ما يحدث إلى حد كبير.

كشفت العديد من الدراسات عن وجود انخفاض في حجم ونشاط الحُصين (Hippocampus) لدى مرضى الاكتئاب. يعد الحُصين منطقة أساسية وتكاملية في المخ بالنسبة إلى التعلم والذاكرة، وهذا يعني أنه يرتبط ارتباطًا وثيقًا بالعديد من مناطق المخ المهمة الأخرى. يرى البعض أن هذا الانخفاض في حجم الحصين ووظيفته يفسر سبب ارتباط الاكتئاب في كثير من الأحيان بضعف الذاكرة[12]، وهو أمر آخر يجعل تداخل الخرف والاكتئاب أكثر إرباكًا وتعقيدًا من ذي قبل. ولكن يُنظر إلى الأمر أيضًا على أنه يتسبب في فقدان القدرة على *التأقلم*، لأنك بحاجة إلى التعلم والاحتفاظ بمعلومات جديدة لتكون قادرًا على التأقلم والمضي قدمًا من التجارب غير السارة وأنماط التفكير المرتبطة بها. الحُصين ضعيف الأداء من شأنه أن يعيق هذه القدرة، ومن شأنه أيضًا أن يفسر كيف لا يستطيع المصابون بالاكتئاب المضي قدمًا والانتقال من الحالة المزاجية السيئة.

وجدت دراسات أخرى أوجه قصور مشابهة في قشرة الفص الجبهي (Prefrontal Cortex)، وهي منطقة التفكير عالي المستوى القابعة خلف العينين، والمسؤولة عن قدراتنا المعرفية الأكثر تعقيدًا وتطورًا، قدرات مثل التحكم في الانفعالات، والقدرة على تقييم وتقييد دوافعك الأساسية والأولية. يعَد ضعف هذه القدرة، وفقًا للكثيرين، السبب في أن الأشخاص المصابين

بالاكتئاب يمكن أن يكونوا عرضة للتفكير الانتحاري أو الدوافع السلبية الأخرى. إذا كنت بالفعل عرضة للاندفاع لإيذاء نفسك، أو إلى ما هو أسوأ من ذلك، فإن أجزاء مخك التي تفكر بشكل منطقي وعقلاني في المخاطر ونتائج الأشياء قد تعطلت، وهذا مزيج سيئ للغاية. أيضًا من المحتمل أن يفسر النشاط المنخفض في هذه المناطق المسؤولة عن مستويات التفكير العالي سبب جعل الاكتئاب، في كثير من الأحيان، التفكير بوضوح صعبًا للغاية بشكل عام.

تشير دراسات أخرى إلى تغيرات سلبية مماثلة في القشرة الحزامية الأمامية (Anterior Cingulate Cortex)، وهي منطقة تقع بالقرب من مركز المخ، والتي تشكل جوهريًّا طوقًا حول الجسم الثفني (Corpus Callosum)، وهو الجسر المكون من المادة البيضاء (White Matter) الذي يربط نصفي الكرة المخية (Two Brain Hemispheres). تشارك القشرة الحزامية الأمامية بقوة في معالجة وتسوية المشاعر السلبية، بالإضافة لمشاركتها في أمور أخرى. بشكل أساسي، تسمح لنا عندما يحدث شيء سيئ أن نشعر بالمشاعر ذات الصلة بما حدث، ونفهمها. وبالمثل، يبدو أيضًا أن تلك المنطقة من المخ مرتبطة بشكل كبير بتنظيم حالتنا المزاجية، وقدرتنا على الشعور بحالات مزاجية مختلفة استجابةً لمواقف وأحداث مختلفة. وكما هو متوقع، تلقت هذه المنطقة الكثير من الاهتمام من أولئك الذين يبحثون في الاكتئاب.

تُظهِر دراسات أخرى انخفاضًا في النشاط في منطقة أخرى من المخ، وهي الجسم المخطط (Striatum) ومناطقه الفرعية، بما في ذلك منطقة تُسمى المنطقة السقيفية البطنية (Ventral Tegmental Area). تقع تلك المنطقة أيضًا باتجاه مركز المخ، ولكنها تقع قرب المركز من نصفي الكرة المخية، وليس عند الحواف كالقشرة الحزامية الأمامية. يُعد النشاط المنخفض في الجسم المخطط أمرًا مهمًّا، لأن الجسم المخطط له دور كبير في السلوك البشري الاجتماعي، في حين أن المنطقة السقيفية البطنية عنصر أساسي في مسار المكافأة (Reward Pathway)، وهو ذلك الجزء من المخ الذي يسمح لنا بالشعور بالسعادة. ربما هذا ما يفسر انعدام التلذذ (Anhedonia)، عدم القدرة على الشعور بالمتعة في الأشياء، عند مصابي الاكتئاب. وربما فقدان الحوافز للمشاركة في الأنشطة الاجتماعية كذلك.

الآن، مرة أخرى، يجب التنبيه والتحذير من أنه، في حين أن العديد من تلك الاكتشافات لديها الكثير من الأدلة لدعم صحتها، في كثير من الحالات يمكنك العثور على دراسات تقول عكس ما قلته هنا. من المحير دائمًا التأكد مما تراه عندما تقوم بمسح مخ بشري، فهناك الكثير مما يحدث، والنتائج التي تحصل عليها يمكن أن تتأثر بشدة بنوع السؤال الذي تطرحه على موضوع دراستك، وكيف تفسر البيانات التي تحصل عليها وتُؤَوِّلها. لكن دعنا الآن نفترض أن أوجه القصور في مناطق المخ الرئيسية التي تحدَّثنا عنها حقيقية وموجودة بالفعل. أحد الأشياء التي يمكن أن تفسر هذا النقص في النشاط في تلك المناطق وصغر حجمها، هو أن تكون المرونة العصبية للخلايا العصبية في المخ قد قلَّت.

إذا كانت الخلايا العصبية المكوِّنة للمخ أقل قدرة على التكيف، وأقل استجابة، فسترى منها نشاطًا أقل، وإشارات أقل، وانخفاضًا في عدد الوصلات والتشابكات العصبية التي تشكِّلها، لأن كل هذه الأشياء يُحافَظ عليها من خلال النشاط المستمر. لذلك، كما هو متوقَّع، سنرى مناطق المخ المصابة تلك تزداد سكونًا وصِغرًا، بينما تشغل مساحة أقل. لذلك، فقدان المرونة العصبية يعد منافسًا قويًّا لتفسير كيفية حدوث الاكتئاب.

لكن، لا تزال هناك أسئلة.

هل تعمل الأدوية حقًّا؟ مضادات الاكتئاب وآلية عملها

إذا قبلنا أن فقدان الخلايا العصبية لمرونتها هو السبب الجذري للاكتئاب، ولا علاقة للاكتئاب بالمستويات المستنفدة من الناقلات العصبية، فإن ذلك يطرح سؤالًا: لماذا تعمل مضادات الاكتئاب، والتي ترفع مستويات الناقلات العصبية، البتة؟ وذلك لأنها تعمل، في كثير من الأحيان. إليك ما في الأمر: من الخطأ أن نقول إن *الاكتئاب لا علاقة له* بمستويات الناقلات العصبية. إذا كانت لديك خلايا عصبية أقل نشاطًا واستجابة من ذي قبل، فمن المنطقي أنها ستطلق عددًا أقل من الناقلات العصبية في التشابكات العصبية، مما يعني انخفاض مستويات الناقلات العصبية.

من المحتمل أن يفسر هذا أيضًا سبب استغراق مضادات الاكتئاب وقتًا طويلًا لتظهِر مفعولها. في سياق اقتراح أن الاكتئاب هو نتيجة فقدان المرونة العصبية للخلايا، يُفترَض أنه عندما تبدأ مضادات الاكتئاب في إظهار

مفعولها، فذلك لأنها تتسبب في توليد إثارة إضافية في الخلايا العصبية غير النشطة، وتلك الإثارة «توقظها». الخلايا العصبية هي في جوهرها مصانع مجهرية صغيرة، مليئة بخطوط إنتاج الجزيئات الكيميائية التي تنتج جميع أنواع المواد والإشارات الحيوية، بهدف القيام بكل ما تحتاج إليه. النظرية هي أنه في حالة الاكتئاب، يتباطأ المصنع، مما يقلل الإصدارات والمنتجات. لقد حُرِمَتْ الخلايا العصبية من كل شيء ما عدا قوة مولدات الطوارئ لإبقاء الأمور على ما يرام. لقد فقدت مرونتها العصبية.

ولكن فجأة تأتي مضادات الاكتئاب، ويمكن أن يكون الأمر أنها تبدأ ببساطة في ضخ المنافيخ، وإشعال النار في الفرن، ومن ثم إعادة المصنع للعمل مرة أخرى. ولكن نظرًا إلى أنها متشابكة للغاية وتتضمن العديد من الخطوات الجزيئية، فإن رفع مستويات المرونة هي عملية تدريجية، ربما يكون الأمر أقل شبهًا بالضغط على مفتاح الكهرباء، بل يشبه إلى حد كبير تسميد وسقاية نبتة جافة. قد تتعافى وتنمو مرة أخرى، لكن ذلك لن يحدث على الفور.

بالطبع، هناك تفسيرات أخرى لتفسير الوقت الطويل الذي تستغرقه مضادات الاكتئاب لتظهر آثارها. تشير بعض الدراسات إلى أن المواد الكيميائية المضادة للاكتئاب لها تأثيرات متنوعة على المستوى الخلوي، بعضها مفيد، وبعضها مزعج، ويستغرق الأمر بعض الوقت حتى تُحَدَّد وتُصنَّف تلك الآثار ولاكتساب تلك التأثيرات المفيدة منها اليد العليا في المعادلة. يعتقد آخرون أن الأمر يتعلق بالعمليات الإدراكية، فالتأثيرات الكيميائية فورية، لكن قدرة مخنا على استيعاب ردود الفعل العاطفية الإيجابية تستغرق وقتًا أطول لكي يخرج من العقلية السلبية الغالبة على الشخص المكتئب في أثناء اكتئابه. وما إلى ذلك من التفسيرات.

نظرًا إلى أننا نتحدث عن المخ، فقد تكون كل هذه التفسيرات، وغيرها الكثير، جزءًا مما يحدث بالفعل. إنه عضو، أقل ما يقال عليه، أنه متنوع للغاية، لكن هناك شيئًا آخر يجب مراعاته. يمكن أن تكمن مشكلة مضادات الاكتئاب التي تعمل على أنظمة أحادي الأمين في أنه وعلى الرغم من أنها معروفة جيدًا ومدروسة بشكل شامل، فإن أنظمة أحادي الأمين في المخ تشكِّل جزءًا صغيرًا بشكل مدهش من كتلته الكلية. هذا لا يعني أنها غير مهمة، لأنه من الواضح

أنها مهمة *للغاية*. لكنها تشبه في ذلك الخطوط المعدنية الرفيعة الموجودة في لوحات الرخام الضخمة، أو قرص التحكم في الصوت على جهاز لاسلكي، وهو جزء مهم، ولكنه لا يزال مكونًا صغيرًا نسبيًّا من النظام الكلي.

إذا كنت تريد التحدث عن الأب الكبير للناقلات العصبية المحفزة في المخ، فأنت بحاجة إلى التحدث عن الناقل العصبي المذكور سابقًا. الجلوتامات (Glutamate). تُظهر معظم البيانات أن الجلوتامات يشكل تسعين بالمائة من الناقلات العصبية الموجودة في التشابكات العصبية في المخ في أي لحظة[13]. سيستغرق الأمر عدة كتب لتغطية كل ما يفعله الجلوتامات في المخ، لذلك لن أحاول أن أقوم بذلك هنا. في الحقيقة، بينما يستخدم المخ العديد من النواقل العصبية المختلفة، إذا نظرنا إلى أعداد النواقل العصبية الفعلية بشكل أولي، فتكون تلك النواقل العصبية هي «جلوتامات ... مع بعض الضيوف من النواقل العصبية الأخرى».

إليكم سبب أهمية ذلك. إذا قبلنا أن مضادات الاكتئاب تعمل من خلال تعزيز المرونة العصبية، فإن مضادات الاكتئاب أحادية الأمين الشائعة الاستخدام، مثل مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية وما إلى ذلك، ستعزز النشاط فقط في مناطق محدودة جدًّا من المخ، من حيث النسبة المئوية للخلايا العصبية التي تؤثر عليها تلك الأدوية. ولكن الاكتئاب يؤثر على العديد من مناطق المخ المختلفة والمنتشرة بشكل واسع.

هذا لا يعني أن مضادات الاكتئاب أحادية الأمين لن يكون لها أثر، فإنها تؤثر على مصابي الاكتئاب بانتظام. تذكر أن كل أجزاء المخ ترتبط بعضها ببعض، لذلك إذا قمت بتعزيز النشاط في منطقة محددة -في هذه الحالة في بعض أنظمة أحادي الأمين، مما يزيد من المرونة العصبية في هذه الأنظمة- سيُنقَل هذا النشاط المرتفع تدريجيًّا إلى المناطق المتصلة بها بشكل أكبر مع تيارات الوصلات العصبية.

في الواقع، كما ذكرنا سابقًا، العديد من الخلايا العصبية التي تستخدم السيروتونين، وهو المرمى الأكثر شيوعًا لمضادات الاكتئاب الحديثة، تتفرع منتشرة من جذع المخ، المنطقة العصبية الأكثر أولية، إلى جميع أنحاء المخ تقريبًا. تجدر الإشارة أيضًا إلى أن التأثير النموذجي للسيروتونين هو تغيير

وتعديل الخلايا العصبية لجعلها أكثر حساسية تجاه النواقل العصبية الأخرى. ببساطة، يجعل السيروتونين النواقل العصبية الأخرى أكثر فعالية، في مناطق واسعة ومنتشرة في المخ.

الأمر مثل لعبة فيديو فانتازيا. السيروتونين فيها ليس الشخصية الرئيسية، الشخصية التي تعمل على المهمة، ولكنه الرجل العجوز الحذق المماطل، الذي يوزع جرعات الصحة العلاجية وإبر الطاقة فقط عند الحاجة إليها. هو ليس البطل، لكنه يجعل عمل البطل أسهل. ومن ثم فإن الأدوية التي تعزز السيروتونين ستكون، وهي بالفعل كذلك، مفيدة للغاية.

ولكن على الرغم من انتشار السيروتونين وفائدته، فإنه هو والخلايا العصبية أحادية الأمين الأخرى يمثلون جزءًا صغيرًا مما يحدث في المخ. لنفترض أن علاج الاكتئاب في المخ يشبه محاولة إعادة إشعال النار التي انطفأت. الحطب والوقود موجودون بالفعل، هو فقط لم يعد يحترق كما كان يحترق في السابق. قد يكون استخدام مضادات الاكتئاب الأكثر شيوعًا مثل محاولة إعادة إشعالها من خلال حمل عدسة مكبرة وتركيز أشعة الشمس على القليل من الحطب. يمكن أن ينجح هذا، على الأرجح سينجح. ويجب أن تنتشر النار إلى بقية الوقود أيضًا. لكن الأمر يستغرق وقتًا. إن تركيز كل الجهود على مكان محدد يعني أن النجاح في نهاية المطاف يتأتى عبر طرق غير مباشرة إلى حد ما.

استخدام مضادات الاكتئاب أحادية الأمين مثل مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية مثله مثل هذا. إنها تركز على جزء مهم ومفيد، ولكنه لا يزال جزءًا صغيرًا نسبيًا من دوائر المخ العصبية، مع أمل أن تنتشر الفائدة.

على النقيض من ذلك، انظر إلى الكيتامين. غالبًا ما يُستخدَم الكيتامين كمخدر طبي أو كمخدرات للتعاطي، لأنه يصفع الجهاز العصبي صفعة قوية، فهو مادة خاضعة للرقابة الشديدة المنظمة للغاية، وهذا لسبب وجيه. الكيتامين عقار قوي بشكل لا يصدَّق، لديه إمكانية إحداث أضرار جسيمة إذا استُخدِم بلا مبالاة. على أي حال، حتى مع وضع كل هذه المجازفات والمخاطر في الحسبان، هناك حاليًّا الكثير من الضجة حول إمكانية استخدام

الكيتامين كمضاد للاكتئاب. وقد أظهرت التجارب التي أُجريت مرارًا أنه يمكن أن يكون فعالًا جدًّا حتى في علاج الاكتئاب الشديد المقاوِم للعلاج.

والأكثر إثارة للاهتمام، أن مفعوله يمكن أن يستغرق بضعة أيام فقط، وأحيانًا حتى بضع ساعات ليبدأ في التأثير، بدلًا من أسابيع من استخدام مضادات الاكتئاب التقليدية[14]. سبب ذلك كما يعتقد هو أن الكيتامين يعمل على مستقبلات الجلوتامات وخلاياه العصبية، تلك المسؤولة عن معظم نشاط المخ. يحفز الكيتامين أجزاء أكثر بكثير من مخك، عدد أكثر بكثير من الخلايا العصبية الكسولة تحصل على ركلة يُضرَب بها المثل على مؤخرتها لحملها مرة أخرى للعمل، مما يعيد المرونة العصبية إلى مستوياتها الطبيعية بشكل أسرع. للعودة إلى مثال إعادة إشعال النار، إذا كانت مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية تستخدم عدسة مكبرة لتركيز أشعة الشمس، فإن الكيتامين يشبه إغراق الحطب بالكامل في البنزين وإلقاء أعواد ثقاب مشتعلة عليه. أيهما تتوقع أن يشعل النار أولًا؟

قد يفسر هذا أيضًا سبب كون المركبات المهلوسة الأخرى (Psychedelic) -مثل ثُنائِي إيثيلاميد حَمْضِ الليسرجيك[1] (LSD) وتلك المركبات المشتقة من الفطر السحري (Magic Mushrooms)- أرضًا خصبة لأبحاث مضادات الاكتئاب[15]. إذا كانت تحفز المزيد من أجزاء المخ، فمن المحتمل أن يكون لها تأثير أسرع وأقوى وأوسع نطاقًا على انخفاض المرونة العصبية.

بالطبع هذه نعمة ونقمة. إذا حُفِّز وعُزِّز تسعون بالمائة من مخك بشكل مصطنع، فهذا ليس شيئًا جيدًا تلقائيًّا. لقد رأينا أن مضادات الاكتئاب أحادية الأمين، التي تركز على عدد أقل بكثير من الخلايا العصبية والأنظمة في المخ، لا يزال من الممكن أن يكون لها آثار جانبية غير سارة. لكن الكيتامين أقوى بكثير، وتأثيراته وعمله أكثر انتشارًا في المخ. إلى أي مدى تعتقد أن الآثار الجانبية *لهذا التركيب* قد يحتملها الإنسان؟

لكن بالتغاضي عن العقبات التي تعترض أبحاث الأدوية، فإن قضية ضعف المرونة العصبية وكونها مسؤولة عن الكثير مما يحدث في حالة الاكتئاب أصبحت مقنعة بشكل متزايد. يُسفَر عن المزيد والمزيد من البيانات

(1) ونظرًا إلى طول الاسم سنستخدم «ثنائي الإيثيلاميد» للاختصار. (المترجم).

التي تدعم فكرة أن انخفاض مستويات المرونة العصبية هو سبب جذري لما نراه في الاكتئاب، والاضطرابات الأخرى ذات الصلة به. وبالمثل، فإن العقاقير التي يبدو أنها قادرة، وتقدر بالفعل، على التصدي لفقدان المرونة، مثل الكيتامين والمركبات المهلوسة، تكتسب مكانة كعلاجات فعالة للاكتئاب بسبب آثارها العلاجية. في الواقع، في مارس عام 2019، وافقت إدارة الغذاء والدواء في أمريكا (FDA) على استخدام أول مضاد للاكتئاب يعتمد على الكيتامين للمرضى الذين يعانون الاكتئاب المقاوم للعلاج. وبشكل مثير للاهتمام، فإنه بخاخ للأنف[16]. على أي حال، ذلك يُظهِر أن أسلوب استخدام مثل هذه الأدوية أصبح أكثر شيوعًا.

تبًّا، ليس من الضروري حتى أن يكون العلاج بالمخدرات! يمكن أن تكون العلاجات المعرفية فعالة إلى حد كبير، ورأينا أنها تعمل في جوهرها من خلال مساعدة الفرد على التفكير وتناول الأشياء بطرق أقل اضطرابًا أو إنهاكًا. يجادل البعض أنه عندما يقوم المعالجون بذلك، فإنهم يرفعون المرونة العصبية في المخ عن طريق جعل المرضى يشغلون أنظمة عصبية جديدة، لعلها تكون أقل تأثرًا بالاكتئاب، مما يؤدي إلى زيادة النشاط بشكل عام.

هناك طريقة أخرى وهي تحفيز المخ (Brain Stimulation)، إما باستخدام أقطاب كهربائية مزروعة أو مجالات كهرومغناطيسية مركزة، وهذا يبدو أيضًا علاجًا واعدًا وقابلًا للتطبيق لمعالجة الاكتئاب[17]. حفز مناطق معينة في المخ، فترتفع المرونة العصبية، وينتشر النشاط، نعرف الآن كيف يسير ذلك. نظريًا.

بالطبع إذا فشلت كل الطرق الأخرى، فهناك خيار العلاج بالصدمات الكهربائية (Electroconvulsive Therapy–ECT). على الرغم من أن هذا العلاج قد اكتسب سمعة سيئة للغاية بسبب فيلم *One Flew Over the Cuckoo's Nest*[(1)]، والذي فعل بالصدمات الكهربائية ما فعله *الفك المفترس* لأسماك القرش، من المعروف أنه علاج فعال للغاية، وإن كان لا يُستخدَم إلا

---

(1) فيلم One Flew Over the Cuckoo's Nest أو «أحدهم طار فوق عش الوقواق» والمعروف أيضًا باسم «طار فوق عش المجانين» هو فيلم يحكي قصة السجين ماكميرفي الذي يحاول الهروب من السجن بادعائه الجنون، فيُنقَل إلى جناح خاص للمصابين بمرض عقلي وتدور أحداث الفيلم هناك. (المترجم).

في حالات الضرورة القصوى[16]. يبدو هذا معقولًا، في سياقنا هذا؛ يمر تيار كهربائي قوي عبر المخ، مما يحفز نوبة صرع (Seizure). الأمر ليس ممتعًا بالتحديد، ولا يخلو من المخاطر، ولكن فقط إذا وجدنا أي شيء يحفز تلك الخلايا العصبية الكسولة...

إن عدنا لتشبيه إعادة إشعال النار، يقوم العلاج بالصدمات الكهربائية بنصب قاذف للَّهب وتفجير كل شيء بلظى شديدة السخونة. عنيف وقاسٍ؟ بالتأكيد. فعال؟ بالتأكيد أيضًا. ولكن لن يمر هذا دون احتراقات وأضرار جانبية إذا لم تكن حَذِرًا بنسبة مائة بالمائة. إنها تشبه إلى حد ما عملية جراحية داخلية، حتى ولو كانت تلك العلمية ناجحة تمامًا وسار كل شيء بسلاسة، فإن إجراء فتح أحشاء شخص ما وإعادة ترتيبها لا تزال عملية مربكة ومدمرة في حد ذاتها، لذلك عادةً ما يكون تخصيص وقت للتعافي ووجود آثار جانبية أمرًا لا مفر منه.

وعلى ذلك، يمكننا القول إن هناك صورة أوضح للاكتئاب بدأت في التشكل. قد يكون الاكتئاب شيئًا يحدث عندما تفقد الخلايا العصبية في أجزاء مختلفة من المخ مرونتها وقدرتها على التكيف. تعمل العلاجات المضادة للاكتئاب عن طريق مواجهة هذا؛ عن طريق إقناع الخلايا العصبية، أو إجبارها، على العودة إلى نشاطها الطبيعي، بشكل مباشر أو غير مباشر.

يبدو هذا معقولًا. ولكن، مرة أخرى، لا تزال هناك أسئلة نحتاج إلى الإجابة عنها.

التشديد على الدور المهم للإجهاد في الاكتئاب

إذًا، دعنا نقل إن الاكتئاب هو نتيجة لفقدان أجزاء من المخ مرونتها لتصبح خاملة. جيدٌ جدًا. ولكن ماذا عن البيانات التي تشير إلى وجود بعض مناطق المخ التي تكون *مفرطة النشاط* في حالة الاكتئاب؟ لأنه يبدو أن هناك عددًا غير قليل من تلك الخلايا. ومن أبرزها القشرة الجزيرية[(1)] (Insular Cortex) والقشرة الجبيهية الحجابية (Orbitofrontal Cortex) واللوزة المخية (Amygdala).

---

(1) المعروفة أيضًا باسم الجزيرة والفص الجزيري في المخ. (المترجم).

يُعتقد أن القشرة الجزيرية هي منطقة رئيسية في المخ لمعالجة مشاعر الاشمئزاز (Disgust)، بالإضافة إلى ارتباطها المسهب مع المناطق الأعمق لمعالجة المشاعر في المخ، وعلى ذلك فهي تساهم في إحساسنا بقيمة ذواتنا وحالتنا العاطفية بشكل عام. منطقة في المخ متورطة في كلٍّ مِن الإحساس بقيمة الذات والمشاعر السلبية، وتكون مفرطة النشاط؟ يبدو ذلك وكأنه شيء من شأنه أن يؤدي إلى أعراض اكتئابية.

القشرة الجبهية الحجاجية هي منطقة أخرى من المخ العلوي (Higher Brain Region) تشارك في الوعي والتفكير، وغالبًا ما يشار إليها على أنها المنطقة التي تتحكم في الأجزاء الأكثر عاطفية واندفاعية من المخ. جوهريًا، عادة ما تكون القشرة الجبهية الحجاجية هي ذلك الملاك الصغير على كتفك الذي يأمرك بالامتناع عن القيام بالأشياء، لمقاومة الغرائز البدائية. عادة ما يكون هذا أمرًا جيدًا، لكن... ماذا لو أصبح هذا الصوت متطرفًا؟ إذا كان ذلك الصوت الصغير في رأسك الذي يقول «لا» قويًا جدًا ودؤوبًا، فسيؤدي ذلك إلى استنزاف طاقتك لفعل أي شيء. وجود القشرة الجبهية الحجاجية نشطة بشكل مفرط لوحظ في أشياء مثل الاختلالات الجنسية[19]. يمكنك أن ترى الآن كيف سيؤدي مثل هذا النشاط الزائد إلى الاستنزاف الهائل للطاقة الذي يُشاهد في معظم حالات الاكتئاب.

وأخيرًا، هناك اللوزة المخية، وهي منطقة مخية مشهورة وخاضعة لأبحاث مكثفة. يُنظر إليها على أنها محور المعالجات العاطفية، حيث يبدو أنها الجزء من المخ الذي يحدد رد الفعل العاطفي في أي موقف معين. كما أنها تضيف المحتوى العاطفي للذكريات، لتعزيز ما يُتَعَلَّم، وذلك بفضل ارتباطاتها الوثيقة جدًا بالحُصين المعالج للذاكرة. على كل حال، يركز معظم العلماء على دور اللوزة في الخوف، وفي المشاعر السلبية الأخرى. جوهريًا، اللوزة المفرطة النشاط تعني أن هناك المزيد من المشاعر والعواطف السلبية. قد تأمل أن يتعلم مخك أن هذه المشاعر غير مبررة ويوقفها، ولكن ماذا لو كان الحُصين، الذي يدعم عملية التعلم تلك، لا يعمل كما ينبغي؟ (كما هو الحال في الاكتئاب، على ما يبدو).

إذًا، هذا يثير الكثير من التساؤلات. لماذا تتضاءل بعض أجزاء المخ في حالة الاكتئاب، ويفترض أن ذلك يحدث بسبب انخفاض المرونة العصبية، بينما تزيد بعض الأجزاء من قوتها وإنتاجها؟ كيف يمكن أن يكون هناك سبب كامن وراء الاكتئاب له نتيجتان متعارضتان في مناطق مختلفة من المخ؟ حسنًا، مرة أخرى، طبيعة المخ البشري تعني أن مثل هذا النطاق من الآثار لا يزال في حدود قدراته، لكن الكثير من الأدلة الحديثة تشير إلى عامل أساسي واحد قد يفسر كل هذا.

الإجهاد[1] (Stress).

نعلم جميعًا أن «الإحباطات اليومية للحياة» هي نوع من الإجهاد، وهذا جزء كبير مما نحن بصدده. لكنني أعني أيضًا الإجهاد والإرهاق على المستوى المعرفي والخلوي. الإجهاد، في جوهره، هو المرحلة الأولى من مراحل استجابة الكر أو الفر، رد الفعل التلقائي المتأصل فيك بعمق الذي يجبرك على مواجهة الأخطار وجهًا لوجه، أو الجري صارخًا منها[2].

لكن استجابة الخوف القوية تلك ليست مثل مفتاح للكهرباء، يفتح أو يغلق فتشعر بالخوف أو لا تشعر به ببساطة. في الواقع، هناك العديد من الأنظمة العصبية والكيميائية الحيوية التي تُعِد مخك وجسدك للتعامل مع أي تهديد. هذه العملية هي، في جوهرها، ما يُعرف بالضغط، أو الإجهاد. تُنَظَّم تلك العملية من خلال مجموعة معقدة من شبكات المخ وردود الفعل الهرمونية،

(1) كلمة Stress تترجم للغة العربية عامة بعدة مصطلحات، وتترجم في أدبيات علم النفس خاصة بطرق شتى، من تلك المصطلحات كلمة «إجهاد» و«ضغط / ضغوطات» و«توتر» وغيرها. فاخترت في ترجمتي لها في هذا الكتاب اختيار المصطلح الأنسب لسياق كل جملة. وعلى ذلك، إذا رأيت إحدى تلك الكلمات – أعني الإجهاد، والضغط / الضغوطات، والتوتر – فاعلم أنها ترجمة لكلمة Stress. وذلك لأنه في الأساس، التوتر المستمر يؤدي إلى الشعور بالضغط، والضغط المستمر يؤدي إلى الشعور بالإجهاد، فهذه مرادفات ثلاثة لحالة واحدة يعبر عنها بثلاث طرق طبقًا لمدة استمرارها. (المترجم)

(2) هناك أيضًا رد فعل ثالث متضمن في الفهم الحديث لاستجابة الكر أو الفر: التجمد (Freeze)، وهو ما يفسر عدم قدرتك على الحركة عندما تكون خائفًا حقًا.

وأحد العناصر الأساسية في استجابتنا للضغط والإجهاد هي اللوزة المخية، وهي ذلك الجزء من المخ الذي يقرر ما إذا كان الضغط له ما يبرره أم لا.

لكن الآليات الأساسية الكامنة وراء هذه العملية هي كل ما يثير فضولنا هنا، لأن استجابتنا للضغوطات والإجهاد لها تأثيرات قوية عديدة علينا. استجابتنا للضغوطات تزيد من التركيز والانتباه الذي يوجهه المخ تجاه الأشياء السلبية. عادة ما يكون هذا هو ما يسبب الشعور بالضغط، لأنك عندما تتعامل مع مشكلة ما، لا يمكنك تحمل إضاعة الوقت في التفكير في أشياء لا علاقة لها بمشكلتك، لذلك يوجه مخك كل تركيزه على الأشياء المهمة -والسلبية بلا هوادة- التي تواجهها.

تضع الضغوطات المسببة للإجهاد مخك وجسدك في حالة أكثر يقظة، مما يعني أنك تصبح أكثر تحسسًا للكوارث والمخاطر، جسديًا ونفسيًا. هذه استجابة مفيدة للحفاظ على سلامتك ولكنها تقودك إلى التركيز على السلبيات -الجوانب غير السارة من وجودك الحالي- وتقلل من الإيجابيات التي قد تشتت انتباهك.

مشكلة كبيرة أخرى هي أنه بسبب هذه الأشياء، تكون الضغوطات محفزة لنا للغاية. هذا صحيح على المستوى الجسدي أيضًا؛ يؤدي الضغط إلى إطلاق العديد من المواد الكيميائية القوية في مجرى الدم، مثل الكورتيزول، الذي يزيد من معدل ضربات القلب، وتشنج العضلات، وامتصاص الجلوكوز، ويزيد حتى من استجابات الجهاز المناعي. هذا هو السبب الرئيسي في كون الضغط والإجهاد المستمر والمتواصل يمكن أن يكون ضارًا جسديًا. وهناك الآن الكثير من الأدلة التي تثبت أن الضغوطات دائمًا ما تكون عاملًا رئيسيًا في الاكتئاب[20]، لأن تلك الإثارة التي تحدث -النشاط الناتج عن استجابتنا للضغوطات- تأتي من مخنا، من اللوزة المخية على الأحرى، كما رأينا. لكن أيًا يكن مكان نشأتها، فإن لتلك الاستجابة العديد من التداعيات القوية غير المباشرة، والتي تهدف إلى جعل كل شيء آخر -جميع العمليات الحيوية والعصبية المطلوبة- متناسقًا، من أجل أن تكون تلك الاستجابة مجدية. أحد العناصر الأساسية في تلك العملية هو المحور الوطائي-النخامي-الكظري (Hypothalamic-Pituitary-Adrenal – HPA)[21].

هذا المحور هو في الأساس رابطة معقدة بين منطقة ما تحت المهاد الوطائية (Hypothalamus) والغدة النخامية (Pituitary Gland) والغدة الكظرية (Adrenal Gland). بشكل عام، كل هذه المناطق الثلاث هي مناطق حيوية موجودة في أجزاء مختلفة من المخ والجسد، لكنها جميعًا مسؤولة إجمالًا عن التحكم في العلاقة بين الجهاز العصبي ونظام الغدد الصماء (Endocrine System). بعبارة أبسط، تلك المناطق تسمح لمخك بالتحكم في المواد الكيميائية التي تدخل جسدك، ومتى تدخل، ولماذا تدخل.

المحور الوطائي–النخامي–الكظري هو في الأساس ما يصل بين المخ والجسد عندما يتعلق الأمر بالضغط والإجهاد. عندما يقرر المخ أن التوتر أمر مطلوب، تُرسَل الإشارات إلى هذا المحور، والذي بدوره يطلق سلسلة معقدة من المواد الكيميائية التي تنتهي بهرمونات التوتر -مثل الكورتيزول والقشرانيات السكرية (Glucocorticoids)- التي تُطلَق في مجرى الدم. هذا بدوره يضع الجسد في حالة تأهب (لعدم قدرتي على اختيار وصف أفضل). يهيئ هذا أنظمتنا الجسدية لاستجابة الكر أو الفر، وعادة ما يستمر ذلك لعدة ساعات، حتى تهمد المواد الكيميائية المسببة للتوتر وتعود أجسادنا إلى طبيعتها.

الآن، إليك الجزء المحيِّر. الإفرازات الكيميائية لهذا المحور في هذا النظام المتشابك الذي يتحكم في استجاباتنا الجسدية للتوتر، هي إفرازات كيميائية تنظم ذاتها بذاتها إلى حد كبير، عبر نظام تقييم رجعي معقد. ببساطة، المحور الذي ينتج المواد الكيميائية الخاصة بالضغوطات والتوتر يدرك أيضًا بنفسه عندما تكون مستويات هذه المواد الكيميائية عالية جدًّا، ثم يقوم بإيقاف الإمداد.

الأمر مثل البانيو مرة أخرى. تقوم بفتح الحنفيات عندما تحتاج إلى الماء، ولكن عندما يكون هناك الكثير من الماء ويكون البانيو على وشك الفيضان، فإنك تغلق الحنفيات. تُحدَّد كل من عملية فتح الحنفيات وإغلاقها عن طريق مستوى الماء الموجود في البانيو، وبالمثل، يُحدَّد كل من إمداد الجسد بالمواد الكيميائية الخاصة بالضغوطات وإيقاف الإمداد بها، تلك العملية التي

يقوم بها المحور الوطائي–النخامي–الكظري، عن طريق مستويات المواد الكيميائية المسببة للضغوطات في مجرى الدم. آمل أن يكون هذا مفهومًا.

ولكن ها هي المشكلة: لسبب ما، في كثير من أمخاخ البالغين المعاصرين، فإن قدرة هذا المحور على التعرف على وجود المواد الكيميائية الخاصة بالضغوطات بنسبة كافية في الجسد، ليوقف إنتاجها وإفرازها، تتعطل بطريقة ما. ببساطة، يمكن للمحور الوطائي–النخامي–الكظري أن يبدأ في الاستجابة الجسدية للضغوطات، ولكن لا يبدو أنه يعرف متى يجب عليه أن يتوقف. قد لا يبدو هذا شأنًا كبيرًا، ولكن هناك أدلة متزايدة تشير إلى أن ذلك سببٌ للعديد من مشكلات الصحة النفسية والعقلية، وبخاصة الاكتئاب[22]. أولئك الذين يعانون الاكتئاب المزمن، والعديد من الذين ماتوا منتحرين، اتضح أن لديهم مستويات مرتفعة بشكل ملحوظ من القشريات السكرية والكورتيزول وغيرها من المواد الكيميائية المرتبطة بالضغوطات في الدم والأنسجة.

من المحتمل أن يكون الإفراز المستمر للمواد الكيميائية الناتجة عن الضغوطات والإجهاد هو السبب وراء العديد من الأعراض الجسدية للاكتئاب. يمكن أن يُعزى زيادة الوزن، وارتفاع ضغط الدم، ونظام المناعة المكبوت، ومشكلات القلب، إلى المفعول المستمر للمواد الكيميائية المسببة للإجهاد في الجسد. وأخيرًا، بدأت تلك المزاعم القائلة بأن «الأمر كله في رأسك» تبدو مريبة أكثر من أي وقت مضى.

لكن بالحديث عن رأسك، يبدو أن لهذه المواد الكيميائية وهرمونات الإجهاد تلك تأثيرات قوية على الخلايا العصبية، وبالتالي على عمل المخ. على وجه التحديد، يبدو أنها تحفِّز مناطق مثل الحُصين (Hippocampus) وقشرة الفص الجبهي (Prefrontal Cortex) لتقوية ذاكرتنا وتفكيرنا وتركيزنا. لأنك عندما تكون في موقف موتِّر، فأنت تريد أن يكون ذهنك صافيًا ويقظًا، ولا تريد أن تنسى ما حدث لك، لأنه قد يحدث مرة أخرى، وعليك أن تتذكر كيفية التعامل الفعال معه.

لسوء الحظ، يؤدي هذا إلى ظهور مشكلة. يمكن للخلايا العصبية التعامل مع قدر معين من الإشارات المتزايدة والإثارة الشديدة. ولكن الكثير من تلك

الجرعة الزائدة يؤدي إلى «سُمية الإثارة» (Excitotoxicity)، وهي ظاهرة يؤدي فيها النشاط الزائد إلى إتلاف الخلايا العصبية، أو إضعافها، أو حتى قتلها في بعض الأحيان[23]. فالعمليات الكيميائية الحيوية المعقدة التي تشارك فيها الخلايا العصبية للقيام بما تحتاج إلى القيام به تتطلب الكثير من الطاقة. فقط امنحهم الوقت للراحة وتجهيز المزيد من البضاعة وتجديد طاقتهم بعد دفعهم إلى طاقتهم القصوى، وسيكونون على ما يرام. لكن استمر في دفعهم دون منحهم بعض الراحة، وسيضمرون. سيتعطل النظام. وينهار. الأمر مثل محاولة القيادة على الطريق السريع وسيارتك على الترس الثاني؛ لن يدوم محركك طويلًا. لم يُصنَع المحرك ليتحمل هذا.

إذًا، تحفز المواد الكيميائية المرتبطة بالإجهاد العديد من مناطق المخ. ولكن عندما يفشل المحور الوطائي النخامي الكظري في التوقف عن ضخ تلك المواد الكيميائية المرتبطة بالإجهاد، تُحَفَّز مناطق المخ تلك أكثر مما ينبغي، مما يؤدي إلى استنفاد الخلايا العصبية وإتلافها، مما يؤدي إلى فقدانها لمرونتها العصبية. في الوقت نفسه، لا يوجد سبب لعدم قدرة أجزاء أخرى من المخ -أجزاء مكونة من خلايا عصبية لها خصائص مختلفة قليلًا- على الاستجابة بشكل مختلف لهرمونات التوتر، قد يصل الأمر إلى أن تحسِّن تلك الهرمونات والمواد الكيميائية من أدائها. لتوضيح الأمر ببساطة، هناك احتمال غير ضئيل أن تكون الاستجابة الجامحة للضغوطات هي التي تسبب جميع مشكلات الاكتئاب، بما في ذلك أعراضه الجسدية، عن طريق التحفيز المستمر، وبالتالي إجهاد الخلايا العصبية في مناطق جوهرية معينة من المخ، وبالتالي التقليل من مرونتها العصبية. وفي الوقت نفسه، تتفاعل مناطق مهمة أخرى من المخ بشكل مختلف مع الضغط وتُعَزِّز ويُحَسِّن أداؤها عن طريق المواد الكيميائية المرتبطة بالضغوطات. وقد يصل هذا بهم إلى الحد الذي يصبحون فيه مهيمنين -أي تلك المناطق المعززة- إلى حد تخريبي.[24]

أوضح مثال على تلك المناطق الأخيرة هي اللوزة المخية (Amygdala)، وهي جزء من المخ لا غنى عنه في استجابتنا للخوف والاشمئزاز. ستحتاج الحياة الممتلئة بالضغوطات المستمرة إلى لوزة مخية أكثر نشاطًا لتظل مهيمنة على ما يحدث. سيكون ذلك جيدًا، ما لم يكن الشعور بالضغوطات

المستمرة هذا خاطئًا: كما هو الحال في وجود مخ يثير استجابة للضغوطات في حين لا تستدعي الظروف ذلك تقنيًا. يفسر هذا الكثير مما قمنا بتغطيته حول الاكتئاب. تفسر المرونة العصبية المستنزفة في مناطق معينة من المخ عددًا كبيرًا من الأعراض. وقد تفسر اللوزة المخية المعززة والاستجابة العالية للضغوطات سبب سهولة الانتكاس والوقوع في نوبة اكتئاب، لا سيما كاستجابة لتجربة ضاغطة، كما يحدث للكثيرين على ما يبدو. قد تتعافى المرونة العصبية للمناطق المصابة بعد العلاج أيًا كان نوعه، ولكن مناطق المخ المعززة بسبب الضغوطات تميل إلى التشبث بدورها إذا لم يتوقف عن استخدامها. ومتى تتوقف الحياة عن أن تكون ضاغطة بأي شكل من الأشكال أو حال من الأحوال؟ إذا كانت ردة فعلك الحساسة للضغوطات كما هي، فلن يتطلب الأمر الكثير من الضغوطات لتبدأ العملية من جديد.

يساعدنا هذا أيضًا في تفسير سبب كون وجود جرعة رعاية ثابتة من مضادات الاكتئاب استراتيجية علاجية مفيدة للغاية في العديد من حالات الاكتئاب. قد يؤدي الوجود المستمر لمضادات الاكتئاب إلى إلغاء القوة المتزايدة للاستجابة للإجهاد التي يقوم بها المخ، مما يساعد على إبقائه تحت السيطرة. كما يمكن أن يفسر هذا أيضًا لماذا يمكن أن يكون العلاج المعرفي السلوكي جنبًا إلى جنب مع مضادات الاكتئاب هو النهج الأكثر نفعًا للتعامل مع الاكتئاب.

لقد جربت راشيل إنجلاند هذا الأمر بنفسها:

«*أنا أتناول مضادات الاكتئاب بانتظام؛ أجدها فعالة معي. لكنني ذهبت أيضًا للكثير من المعالجين في رحلتي العلاجية. كان أحدهم رجلًا عجوزًا هرمًا، ومتهالكًا تقريبًا، كان يرتدي سترة صوفية وتفوح منه رائحة النفتالين. كان عمري خمسة عشر عامًا فقط في ذلك الوقت. أجلسوني في تلك الغرفة معه ونظر إلى مذكراتي وقال لي: «هل ولدتِ ابيه، هل ولدت بعملية قيصرية؟» قلت له نعم. قال: «آآآه» وفي تلك اللحظة قلت لنفسي هذا هراء، سحقًا لهذا.*

ثم كان هناك هذه المرأة المعالجة التي من الواضح أنها اشتركت في الكثير من مدارس الفكر الفرويدي. كانت تسألني كل هذه الأسئلة عن أبي. وليست تلك الأسئلة التي من نوع «هل تشعرين أنك تعيشين حياتك كما قد

يحب أن يراكِ أبوكِ؟»، ولكنها كانت أسئلة من نوع «هل فكرت يومًا ما في والدك؟» تعرفين: «أنت في الرابعة عشرة من عمرك، وهذه مرحلة مهمة من مراحل نموك» قلت لنفسي فقط: «يا إلهي». نعم أنا مراهقة لكنني أعلم أن هذا مقزز. لذا، لن أكمل في هذا.

بعد سنوات عديدة، عندما كنت أعيش في لندن، تعرضت لهجوم عنيف، وفي أعقاب تلك الحادثة أعطتني الشرطة كتيبًا: «إذًا، لقد كنت ضحية لجريمة عنيفة. هل تريدين تلقي العلاج؟» فقلت في نفسي، «لم لا؟ لا يمكن للعلاج أن يؤذيني، أليس كذلك؟ ولدي الكثير من الأشياء التي تحدث في رأسي، لذلك ربما يكون ذلك مفيدًا».

ذهبت إلى ما كان من المفترض أن يكون أربع جلسات ممولة من الحكومة لهذا العلاج لكنه تحول إلى ستة وثلاثين أسبوعًا، لأن هذه المرأة أرادت أن تكتب عني في رسالة الدكتوراه الخاصة بها. لا أعرف ما الذي نَجَمَ عن ذلك، لكنه كان مفيدًا بشكل لا يصدق، وكان العلاج بهذا الشكل هو شيء سأفكر بالتأكيد قبل العودة إليه لأنه كان صعبًا حقًّا وغير سار، لكنه ساعدني كثيرًا في النهاية».

لماذا بالضبط يعمل العلاج بالكلام مع مضادات الاكتئاب بشكل أفضل من أي منهما بمفرده؟ أليسا نهجين مختلفين تمامًا؟ حسنًا، أحد الاحتمالات هو أن مضادات الاكتئاب قد تضمن للخلايا العصبية المصابة إعادة نمو روابطها المفقودة، لكن العلاجات المعرفية السلوكية، والتي تدور حول جعلك تفكر وتعالج الأشياء ذهنيًّا بطرق مفيدة، تساعد في تشكيل هذه الروابط الجديدة، بأكثر طريقة مفيدة دائمة الإفادة.

والآن، لدينا تفسير للاكتئاب. لسبب ما، تختل استجابة المخ الكيميائية للضغوطات والإجهاد، مما يعني أن تلك الاستجابة لا تتوقف. وبالطبع، عندما نكون تحت ضغط شديد، فهذا يعني أننا سوف نخضع لعقلية عاطفية سلبية، أو مزاج متدنٍ. ولكن إذا كان مخنا مشبعًا بمواد كيميائية ناجمة عن التوتر والضغط، فإنه يتسبب في زيادة تحفيز الخلايا العصبية في مناطق المخ الرئيسية، مما يؤدي إلى تآكلها وفقدانها المرونة العصبية، وفي الوقت نفسه تعزيز عمليات المخ الأكثر تمحورًا حول الإجهاد. فقدان المرونة العصبية

والقدرة على التكيف الذي يسببه الإجهاد الزائد يعني أن الحالة المزاجية المنخفضة تصبح لصيقة بصاحبها بشكل أساسي.

مضادات الاكتئاب، والتدخلات الأخرى، سواء كانت تنطوي على التحفيز الكهربائي المباشر للمخ أو العلاجات الكلامية المعرفية، تزيد من النشاط في أجزاء معينة من شبكة المخ، ونأمل أن ينتشر هذا إلى المناطق المصابة ويعيد أداءها إلى طبيعته. على الرغم من ذلك، فهناك بعض التغييرات غير المفيدة التي تصبح مستدامة، مما يعني وجود حساسية مفرطة للتجارب المجهدة في المستقبل، والتي يمكن أن تؤدي إلى بدء العملية برمتها من جديد مرة أخرى.

هذا كلام معقول ويرينا جزءًا كبيرًا من الصورة، أليس كذلك؟ لكن بعد كل ما قلت، ربما يكون كل هذا الكلام، مرة أخرى، تفسيرًا مباشرًا ومبسطًا للغاية. من المؤكد أن هذا الكلام يبدو أنيقًا ومرتبًا، كما يبدو أيضًا منطقيًا. ولكن كذلك كانت فرضية أحادي الأمين من قبل، منذ وقت ليس ببعيد كثيرًا. انظر كيف انتهى بها الأمر الآن.

لا يزال هناك الكثير لنتعرف عليه

لا يمكنني تكرار ذلك بما فيه الكفاية، ولكن إذا كنت تأمل في الحصول على إجابات حازمة وملموسة لكيفية عمل مشكلات الصحة النفسية والعقلية في المخ، فسوف أخيب ظنك. ليس لدي أي من تلك الإجابات. لكن، دفاعًا عن نفسي، لا أحد لديه أي من تلك الإجابات أيضًا. أي شخص يدعي أنه يعرف بالضبط ما يحدث ويسبب مشكلات الصحة النفسية والعقلية هو إما ساذج بشكل مقلق أو يضلّلك بشكل نشط[1].

هناك العديد من العلماء وخبراء الصحة النفسية والعقلية الذين لا يتفقون مع تفسيري للاكتئاب من حيثية الإجهاد والمرونة العصبية. يلقي البعض الضوء الأكبر على الجوانب المعرفية من الاكتئاب، بحجة أن العناصر المادية للمخ ليست بنفس أهمية العمليات العقلية التي تنشأ عنها، وكيف نحياها، وكيف ندركها. ويركز آخرون على الجوانب الجينية أو الخلوية من الاكتئاب بشكل أكبر، ويؤتون بآليات بديلة لشرح الاضطرابات الملحوظة في المخ

(1) وهو أمر مقلق أيضًا.

المكتئب. ويمكن أن يكون الكثير من ذلك مقنعًا للغاية (إذا كان بإمكانك فك رموز المصطلحات العلمية المتخصصة الكثيفة).

هناك أيضًا مدرسة فكرية مثيرة للاهتمام تجادل بأن الاكتئاب عملية تطورية. بمعنى أنه من المفترض له أن يحدث. إنه شيء مفيد[25]. المنطق وراء ذلك هو أنهم يرون أننا عندما كنا كائنات تعيش في البرية، في عالم الأسنان والمخالب، فإن أي حدث مرهق أو صادم للغاية من المحتمل أن يلحِق ضررًا دائمًا بجسدك وعقلك، وأنت بحاجة إلى وقت للتعافي من هذا. إلا أنه في عالم خالٍ من المنازل والكتب وشبكة الإنترنت، عالم لا تعرف فيه أبدًا من أين ستأتي وجبتك التالية، وحيث تكون المخاطر والتهديدات موجودة دائمًا، فإن فكرة الجلوس بلا حراك وإعطاء نفسك وقتًا للنقاهة هي فكرة خيالية.

إلا إذا كنت في حالة ليس لديك فيها أي دافع أو رغبة في فعل أي شيء، فلا ترغب في التفاعل مع من حولك، وتكون عملياتك العصبية المرهقة في أدنى مستوياتها فلا تحتاج إلى نفس القدر من الطاقة أو الانفعال. مثل هذه الحالة ستكون مفيدة بالتأكيد إذا كنت قد مررت لتوك بشيء مروع بشكل خاص، أليس كذلك؟ وعلى هذا، يُقال، إننا نشعر بالاكتئاب، لأنه كان مفيدًا، في أوقات أكثر بدائية.

إنها نظرية لطيفة وتشرح سبب شيوع الاكتئاب، لكن يجب أن تكون دائمًا حذرًا عند مرورك على نظريات علم النفس التطوري (Evolutionary Psychology) كهذه النظرية. هناك الكثير من النظريات السائغة في هذا المجال، لكنها غالبًا ما تُصاغ بطريقة الهندسة العكسية (Reverse Engineering)، بمعنى أن هناك سمة إنسانية تظهر في تفاعلاتنا اليومية تؤدي إلى قيام شخص ما بتخيل سيناريو من الماضي البعيد حيث كان من الممكن أن تكون تلك السمة مفيدة، ويتماشى مع هذا السيناريو ببساطة. وبالنظر إلى الفترة الزمنية المتضمنة في مثل هذه النظريات، فمن المستحيل إلى حد كبير دحض أن شيئًا ما قد أثر علينا وساهم في تطورنا على مدى عدة ملايين من السنين. وفي كثير من الأحيان، يكون لهذه النظريات نزعة أيديولوجية شريرة إلى حد ما.

هذا مثل الحديث عن كيف لا تستطيع النساء قراءة الخرائط، لأنه قديمًا كان الرجال في القبائل البدائية هم الذين يذهبون للصيد، مما يعني أنهم بحاجة إلى المزيد من المهارات الملاحية والمكانية. ربما تكون قد سمعت بهذه النظرية. لكن لا يجب أن تكون قد سمعت بها. لأنها ليست صحيحة. على حد علمي، لا يوجد دليل مقنع يشير إلى وجود اختلاف جوهري بين مخ الذكور ومخ الإناث عندما يتعلق الأمر بالملاحة والتنقلات المكانية. ومع ذلك، إذا أردت أن تُظهر أن الرجال يتفوقون فكريًا على النساء على مستوى جوهري، فستكون هذه نظرية مفيدة لك لتنشر تلك الفكرة.

النقطة الرئيسية هنا هي أن هناك الكثير مما يحدث في المخ عندما يوجد الاكتئاب. وحتى وإن تمكنا من إرجاع كل ذلك لسبب جذري واحد، مثل الإجهاد، فلا يزال هناك الكثير مما يحدث في المخ العادي أكثر من ذلك. ولا يمكننا إلا أن نتوقع وجود مجموعة متنوعة من طرق التعبير والأعراض والآثار المختلفة التي تختلف من شخص لآخر. إنَّ توقُّع أن شيئًا ما يؤثر على المخ على المستوى الجوهري الخلوي سيكون له نفس التأثير في كل مرة وعلى كل الأمخاخ المختلفة يشبه إسقاط دلو من كرات تنس الطاولة بشكل متكرر في نهر هائج وتوقُّع أن ينتهي بهم الأمر في نفس الاتجاه ليصلوا إلى نفس المكان عن طريق نفس المجرى من النهر. الموقع في كل مرة. لن يحدث هذا أبدًا. وهذا هو السبب وراء وجود العديد من أنواع الاكتئاب المختلفة، والعديد من العلاجات المختلفة، والعديد من نطاقات الفعالية المختلفة، وما إلى ذلك.

في الحقيقة، ما زلنا لا نعرف على وجه اليقين كيف يعمل المخ، وما الذي يحدث فيه ليتسبب في الاكتئاب. نحن على يقين من أن هناك شيئًا ما يحدث، ولدينا مجموعة جيدة من المرشحين الآن. كل هذا، إلى جانب التقدم المستمر في البحث والطب وما إلى ذلك، يعني أن هناك سببًا كافيًا لنشعر بالأمل.

لكن إذا كانت كل الأشياء متساوية، ففكرة الإجهاد تبدو فكرة مقنعة للغاية. وليس فقط للاكتئاب.

4

القلق

إذا كان هناك شيء واحد يعتبَر المخ البشري الحديث الأفضل فيه بلا منازع، فهو إيجاد الأشياء التي تدعو للقلق (Worry). قد تشعر المخلوقات الأكثر بساطة بالقلق والخوف فقط استجابةً لتهديدات أكثر واقعية؛ مخاطر حقيقية على حياتها وسلامتها. إلا أن أمخاخنا الكبيرة تمنحنا مجالًا أوسع بكثير لما قد نقلق بشأنه.

هل سأستطيع توفير إيجار هذا الشهر؟

هذا الوخز في ساقي، أو هذا الضيق في صدري، هل هو شيء خطير؟

هل أنا نحيفة بما فيه الكفاية؟ طويل بما فيه الكفاية؟ قوي بما فيه الكفاية؟ جميلة بما فيه الكفاية؟

هل سأصل إلى المطار في الوقت المحدد؟

هل أنا في الحافلة الصحيحة؟

هل هذه العلاقة ذاهبة إلى أي مكان، أم أننا سنبقى معًا لمجرد أن هذا هو الخيار الأسهل؟

وهل، وهل، وهل.

عندما يقول الناس أشياء مثل «توقف عن القلق» أو «كن ممتنًا لما لديك». فهذا طلب أكبر بكثير مما يمكن أن تحمله مثل هذه التعليمات البسيطة (والمتعالية). على الرغم من أننا نحن البشر المعاصرين في العالم الأول نعيش حياة أكثر أمانًا وراحة مما كان يحلم به أسلافنا، إلا أن أمخاخنا لا تزال تعمل بنفس الطرق الأساسية التي كانت تعمل بها لآلاف السنين. باختصار، يبحث المخ البشري باستمرار عن الأشياء التي قد يقلق بشأنها.

قد يبدو هذا شيئًا سيئًا، لكنه على الأرجح أحد أسرار نجاح البشرية. أن تكون بارعًا في توقع الأخطار والتهديدات، وبالتالي تجنبها، يعد هذا أسلوبًا ممتازًا للبقاء على قيد الحياة بالنسبة إلى الكائنات التي تعيش في بيئة خطرة، مثلما كان يعيش أسلافنا البشريون في معظم تاريخنا التطوري. لكننا فقط قمنا بترويض بيئتنا، وجعلناها آمنة، في آلاف السنين القليلة الماضية، والتي قد تعتبر منذ 11 ثانية فقط على المقياس التطوري. لذلك، لا يزال لدينا هذه الأجزاء الراسخة بعمق في مخنا للاستمرار في البحث عن الأخطار والتهديدات. على كل حال، لقد أبقتنا هذه الأجزاء على قيد الحياة لملايين السنين.

بالطبع، في ذلك الوقت، قمنا أيضًا بتطوير عقول قوية، ومناطق وعمليات مخية يمكنها استيعاب المعلومات والاحتفاظ بها واستقراؤها بشكل لا مثيل له. وترتبط مناطق المخ هذه بكل أجزائه الأخرى، بدرجة ما أو بأخرى. نتيجة لذلك، لدينا هذه العمليات العصبية الغريزية، التي ترصد باستمرار التهديدات والمخاطر، مصحوبة بالأجزاء الفكرية القوية من عقولنا، والتي يمكنها الاستقراء والتنبؤ والتوقع. هذا يعني أن المخ البشري يمكنه توقُّع الأحداث غير السارة أو الضارة والتنبؤ بها، ثم ينقل هذه المعلومات إلى العمليات التي تستجيب للتهديدات، مما يعني أنه يمكننا الاستجابة للأخطار قبل حدوثها.

باختصار، فإن أمخاخنا تبحث باستمرار عن أشياء تقلق بشأنها. ولأنهم يستطيعون فهم كل الأشياء غير السارة التي يمكن أن تحدث في عالمنا المعقد بصورة مطردة وإعادة إدراكها، فإننا دائمًا ما نجد تلك الأشياء المقلقة. حتى إن هناك ظاهرة نفسية تُسمى التفكير المغاير للواقع (Counterfactual Thinking)[1]، حيث يقضي الناس الكثير من الوقت في القلق بشأن الوقائع

البديلة التي كانت يمكن أن تحدث في أحداث مضت وانقضت بالفعل، تلك الأسئلة التي تبدأ بـ «ماذا لو»...

لقد فعلت ذلك من قبل بنفسك على الأحرى.

ماذا لو تلك السيارة التي بالكاد أخطأتني... صدمتني بالفعل؟

ماذا لو جاوبت إجابة مختلفة عن ذلك السؤال في مقابلة العمل وحصلت بالفعل على الوظيفة؟

ماذا لو ذهبت في مقابلة فتاة لأتعرف عليها بدلًا من مقابلة أصدقائي؟ كان يمكن لي أن أكون متزوجًا بشخص آخر الآن.

ماذا لو كنت قادرًا على توفير مصاريف تلك الإجازة التي أردت أن آخذها وسافرت بالفعل؟ ربما كنت لأكون هناك عندما وقع الزلزال.

كل هذه مخاوف تستند إلى أشياء لم تحدث بالفعل، ومن الناحية المنطقية لا يمكن لها أن تحدث، لأنها وقعت في الماضي. على الرغم من ذلك، هل لا يزال الناس يقضون وقتهم في القلق بشأن مثل تلك الأحداث على أي حال؟ قطعًا. وهكذا، يميل المخ البشري إلى القلق. كثيرًا. أكثر بكثير مما قد يكون مفيدًا. وهذا يمكن أن يسبب لنا مشكلات خطيرة.

ما الكلمة التي نصف بها ما نشعر به عندما نقلق (Worry)؟ مشاعر القلق (Anxieties). من الطبيعي، بل من الصحي، أن يشعر الناس بالقلق، وأن يختبروا مشاعر القلق، استجابة للتحديات والمشكلات التي يواجهونها في حياتهم. لكن بالنسبة إلى بعض الأشخاص، يصبح هذا القلق متواصلًا ومفرطًا وغير منطقي ويصعب السيطرة عليه بل ويستحيل السيطرة عليه. وذلك عندما يصاب الشخص بالقلق باعتباره مشكلة صحية نفسية، وليس مجرد حدث يومي يشترك الجميع في الشعور به.

وهنا توجد مشكلة مشابهة لما قد رأيناه مع الاكتئاب في وقت سابق. على وجه التحديد، يمكن أن يعني مصطلح القلق (Anxiety) إما القلق بشكل عام بشأن شيء ما، أو مشكلة نفسية خطيرة ومصيرية. وهذا ليس هو الشيء الوحيد المشترك بين القلق والاكتئاب -ثق بي في هذا.

لكن بصرف النظر عن المصطلحات، القلق هو مشكلة صحية نفسية رئيسية. وفقًا للبيانات المتاحة، يأتي القلق في المرتبة الثانية بعد الاكتئاب عندما يتعلق الأمر بمشكلات الصحة النفسية والعقلية الأكثر شيوعًا في جميع أنحاء العالم[2]، على الرغم من أن القلق ربما يكون أكثر تنوعًا من الاكتئاب من حيث كيفية ظهوره، لدرجة أن ما يُعتبر وما لا يُعتبر اضطراب قلق رسمي يُعاد صياغته ومناقشته باستمرار. سنلقي نظرة على المدى المتنوع للظواهر التي يتجلى فيها القلق لاحقًا. لكن أولًا، دعونا نلقي نظرة على بعض أساسيات القلق في المخ. ما هو القلق. وما الغرض منه. ومن أين يأتي. وأشياء من هذا القبيل.

إيجابيات القلق وسلبياته

لقد أثبتنا أن المخ البشري هو عضو شديد الحذر، فقد طور العديد من الأنظمة والعمليات المخصصة التي تبقينا على دراية بالتهديدات والأخطار وعلى قدرة على الاستجابة لها. يشير العديد من العلماء إلى هذا النظام على أنه نظام اكتشاف التهديدات (Threat Detection System)، لذلك هذا ما سأطلقه عليه هنا. من المهم الإشارة هنا إلى أن نظام اكتشاف التهديدات هذا ليس نظامًا سلبيًا، فهو لا يقف هناك فقط ويبلغ عن المخاطر بينما لا يفعل شيئًا حيالها، مثل حارس أمن لا يبالي بما يحرسه. لا، عندما يكتشف نظام اكتشاف التهديدات شيئًا خطيرًا أو شيئًا يمكن أن يكون خطيرًا، فإنه يتأهب ويأخذ وضعية الاستعداد. ويبدأ في ضخ إشارات كيميائية وعصبية متعددة تجعلنا في حالة تأهب وتهيئ أجسادنا وأمخاخنا للتعامل مع التهديد المشهود.

ها هي استجابة الكر أو الفر (Fight or Flight Response) في العمل من جديد: نصبح مستعدين للتعامل مع الخطر أو المشكلة، أو الهروب منه. لكن الأمر ليس ببساطةِ أبيض أو أسود، هذا أو ذاك – وهذا أمر مهم. صحيح، يبدو أن نظام اكتشاف التهديدات حساس للغاية، ويحافظ على جعلنا في حالة يقظة مستمرة، ويمتلك شيئًا يشبه الزناد. ولكنه أيضًا يأخذ في الاعتبار شدة التهديد ونوعه وطبيعته. كل هذه الأشياء تملي مدى جدية رد فعلنا. لأننا

لا نستطيع أن نركض فقط صارخين أو مبتعدين عن كل ما يعطينا أي سبب للقلق حرفيًا.

على سبيل المثال، تُظهر بعض الدراسات أن نظام اكتشاف التهديدات يُظهر نشاطًا مرتفعًا استجابةً للمثلثات[3]. نعم، هناك أدلة تشير إلى أننا نخاف بشكل غريزي من *المثلثات* (Triangles). أعلم أن هذا يبدو سخيفًا، لكن ضع في اعتبارك أن أنظمة الكشف عن التهديدات تلك قد تطورت على مدى ملايين السنين. في البرية، ما نوع الأشياء التي ستكون خطيرة؟ المفترسات بأسنانها الحادة أو مخالبها أو حوافرها أو مناقيرها؟ نباتات شائكة؟ صخور خشنة قد تقع فيها؟ الكثير من الأشياء الخطرة في الطبيعة هي في الأساس مثلثة. مدببة. لذا، فإن الحذر الغريزي من مثل هذه الأشياء سيكون سِمة مفيدة لتساعدنا في البقاء على قيد الحياة، ويبدو أننا ما زلنا نمتلك تلك السمة إلى اليوم.

لكن من الواضح أن المثلثات تنشط أنظمة الكشف عن التهديدات بشكل طفيف. نحن لا نجري صراخًا عندما نرى قبعة الساحر، أو ننطلق مشمرين وضاربين بشراسة أي شخص يحمل شريحة بيتزا. الأمر يخضع لمقياس أكثر نسبية؛ تثير التهديدات الضئيلة استجابة أقرب لـ «ضع عينك على هذا الشيء في الوقت الحالي»، في حين أن الأخطار الشديدة التي تواجهك تدق جميع نواقيس الخطر، وتزيد من سرعة القلب، وتنشر الذعر في كيانك، وما إلى ذلك. وبين هذا وذاك، ستجد جميع الاستجابات المختلفة.

أعلم أنني أوضحت هذا سابقًا، لكنه أمر يستحق التكرار: يبدو أن الاستجابة للضغوطات ترجع في أصلها إلى نظام اكتشاف التهديدات في المخ الذي يُعدُّنا للتعامل مع الأخطار والتهديدات. إنها نذير الخوف، استجابة الكر أو الفر. إنها مثل الاستعداد للحدث الرئيسي، الأعداء الصغار في لعبة الفيديو التي تواجهها قبل معركتك الكبرى مع الوحش.

وعلى الرغم من أن الشعور بالتوتر والقلق هو أمر غير سار لمن يشعر به، فإنه عادة ما يكون أمرًا جيدًا. فهذه هي الأشياء التي تحافظ على سلامتنا، وتمنع عنا أن نُصاب بالأذى، وفي بعض الحالات، تبقينا على قيد الحياة. والأمر يتجاوز مجرد الحفاظ على سلامتنا فقط - هل سمعت عن الأشخاص الذين

يزدهرون تحت الضغط؟ على ما يبدو كلنا هذا الشخص، إلى حد ما. لأنه وعلى غرار الشعور بالاكتئاب، فإن القلق والتوتر يضعانك في حالة نشطة. يجعلانك مثارًا[1].

تزيد استجابتنا للضغوطات من تشنج العضلات، وترفع معدل ضربات القلب والتنفس، وتجعلك أكثر تركيزًا، وأقل قدرة على تشتيت انتباهك، وأكثر تحفزًا. وبالنسبة إلى معظم الأعمال -سواء كنت عاملًا في مصنع أو رياضيًّا محترفًا أو رائد فضاء- تجعلك هذه الحالة أكثر قدرة على أداء واجباتك. أظهرت دراسات لا حصر لها أن أداء الشخص يزيد، إلى نقطة ما، بشكل مباشر بما يتناسب مع مقدار الضغوطات التي يتعرض لها. لكن العبارة الرئيسية هنا هي «إلى نقطة ما». لأنه إذا استمرت الضغوطات وتضاخمت، فإنها تصبح عائقًا، وزيادتها تجعل الأداء أسوأ.

إذا عرضت هذا على رسم بياني حيث نرسم الأداء في مقابلة الشعور بالضغط، فإن الرسمة تتحول إلى منحنى أنيق للغاية، مثل حرف «U» مقلوب، حيث يرتفع الأداء كلما زاد الضغط، إلى أن يصل إلى الذروة، ثم ينخفض مرة أخرى، إذا استمرت الضغوطات في الازدياد. هذا الرسم البياني يسمى بمنحنى يركيس دودسون (Yerkes-Dodson)، فقط من باب العلم بالشيء[4].

التشبيه الذي أحب استخدامه هنا هو الملح. طعام دون ملح، لا طعم له وغير مستساغ. أضف بعض الملح، يحلوُّ طعمه تدريجيًّا. لكن في مرحلة ما، يصبح الملح أكثر من اللازم. ينتقل طعامك من كونه لذيذًا تدريجيًّا إلى أن يصبح كابوسًا شديدًا وعنيفًا يؤدي إلى انسداد القلب. الاستمرار في إضافة الملح يزيد الأمر سوءًا.

النقطة هنا هي أنه عندما تكون مثارًا ومشدودًا ومنتبهًا عند تعاملك مع قضية مباشرة وعاجلة فقد يكون هذا أمرًا جيدًا، لكن أن تكون في حالة تأهب دائمة للمخاطر، على مدى فترات طويلة، هو أمر صعب ومرهق ويسبب الاضطراب. من المفيد أن ينطلق إنذار الحريق عندما يكون هناك دخان

(1) للتوضيح، أقصد هنا مثارًا بالمعنى العلمي، بمعنى كونك في حالة نشطة وحيوية. وليس مثارًا بمعنى «الحب والمتعة والجنس». على الرغم من أن ذلك يعتمد على ما أنت مهتم به، أليس كذلك؟

حقيقي لنتعامل معه. لكن أن ينطلق جهاز الإنذار باستمرار دون وجود ما يستدعي ذلك هو أمر يثير الغضب، ويستهلك بطارية الجهاز ويبليه بشكل أسرع. وليكن الرب في عونك إذا كان هناك حريق فعلي لتتعامل معه حينئذ.

لحسن الحظ، تمتلك أمخاخنا أنظمة أخرى لإبقاء نظام اكتشاف التهديدات تحت السيطرة، وللتأكد من أنه لا يعيث في الأرض فسادًا، ولإغلاقه مرة أخرى عندما لا تكون هناك حاجة إليه. لسوء الحظ، يبدو أنه بالنسبة إلى أولئك الذين يعانون اضطراب القلق، تتوقف هذه الأنظمة العصبية عن العمل، لذلك تستمر استجابتهم للتهديدات في العمل عندما لا يكون ذلك مطلوبًا. تظل في حالة تأهب قصوى، وتبحث باستمرار عن الأخطار والتهديدات والكوارث، وتستعد لمواجهتها. مرة أخرى، هذا، في جوهره، هو الضغط (Stress). ونبدأ في دفع ضريبة وجوده بأجسادنا وأمخاخنا.

من المسلَّم به أن هذا يبدو مشابهًا جدًّا لما قلناه سابقًا عن الآليات الكامنة وراء الاكتئاب. تناول الفصل الأخير بتفصيل مسهب كيف أن المحور الوطائي النخامي الكظري (HPA) -تلك الوصلة العصبية التي تتحكم في استجابتنا الجسدية والكيميائية للضغوطات- يتوقف عن تنظيم نفسه ويستمر في ضخ المواد المرتبطة بالضغوطات، مما يؤدي إلى الاكتئاب. أليست هذه فقط طريقة أخرى لنقول «استجابة لا تتوقف للتهديدات؟» هذه وجهة نظر سديدة. في الواقع، يُعتقد بشكل متزايد أن نفس العملية الإجهادية غير المقيَّدة هي العملية التي تكمن وراء الاكتئاب والقلق. سننظر من كثب في كيف، ولماذا، يحدث هذا لاحقًا.

ولكن قبل ذلك، ولتلخيص الأمر بإيجاز، يُعتقَد على نطاق واسع أن القلق، بمعنى الاضطراب النفسي، يرجع إلى ما يُسمى بإلغاء تثبيط[1] نظام اكتشاف التهديدات والاستجابة لها (Disinhibition of the Threat Detection and Response System). بعبارات أبسط، هناك أجزاء من المخ تجعلنا نشعر بالخوف والقلق والتوتر عندما نواجه مشكلات أو مخاطر، وهناك أجزاء أخرى من المخ مسؤولة عن إيقافها عند الحاجة. القلق هو ما يحدث عندما تصبح تلك الأجزاء الأخيرة من المخ غير فعالة.

---

(1) كلمة تثبيط تعني إبطاء عملية حيويَّة من عمليات الجسم أو إيقافها. (المترجم).

هذا وصف بسيط دون شك لما يحدث، وعلى الرغم من أنه وصف دقيق إلى حد كبير، فإنه لا يقترب حتى من وصف مدى تعقيد هذا النظام بأكمله. إذًا، أي جزء من المخ يفعل ماذا؟ وأين تنشأ المشكلات؟

اللوزة المخية شديدة القوّة

إن نظام اكتشاف التهديدات ليس نظامًا منفردًا ومنفصلًا. هناك العديد من مناطق المخ التي تشارك ببساطة في إدراك أن شيئًا ما قد يمثل تهديدًا. لدينا كل المعلومات الحسية، والأنظمة التي تعالجها، والتي تسمح لنا بمعرفة كل الأشياء التي تدور حولنا وداخلنا، والتي يمكن لأي منها أن يشكل تهديدًا لنا. هناك أيضًا جميع العمليات المعرفية الداخلية، جميع الأفكار والتبريرات والخيالات التي تسمح لنا بالتوقع والتعرف على التهديدات المحتمَلة لرفاهيتنا، أو لما نحن فيه، لأننا نحن البشر لا نقتصر على تجربة الخوف والقلق فقط استجابةً للأخطار المادية الحقيقية لحياتنا وسلامتنا.

ولذلك، تشارك مساحات كبيرة من المخ في التعرف على التهديدات وفي الاستجابة لها، مما يجعل، بكل أسف، القلق مشكلة زائغة وعنيدة للغاية يصعب تحديدها والتعامل معها. لكنها ليست محيرة تمامًا، حيث يبدو أن هناك عددًا قليلًا من مناطق المخ الرئيسية المعنية بالقلق وما يتعلق به.

بعض تلك المناطق هي مناطق جوهرية، وقديمة، مدفونة في أعماق المخ الأوسط (Midbrain). هذه هي المناطق التي تتعامل مع الأشياء الأكثر بدائية وغريزية، كما قد تتوقع. وعلاوة على ذلك، هناك العديد من مناطق المخ المتقدمة التي تشارك في اكتشاف التهديدات والاستجابة لها، وتقع تلك المناطق في القشرة المخية الحديثة (Neocortex) التي تطورت منذ عهد قريب؛ ذلك الجزء المتجعد الكبير الموجود على سطح المخ. أجزاء القشرة المخية الحديثة التي تقع على الفص الجبهي (Frontal Lobe) على وجه الخصوص تلعب دورًا مهمًا في كيفية تعاملنا مع التهديدات والمخاوف.

لتوضيح الأمر، يحتوي المخ على عدة طبقات بعضها فوق بعض، بداية من القشرة المخية الحديثة على سطح المخ، إلى المخ الأوسط تحتها، إلى جذع المخ (Brainstem) والمناطق المرتبطة به في قاع المخ. بطريقة ما، يشبه الأمر إلى حد ما الحلقات الموجودة في جذع الشجرة، حيث تقوم

الشجرة بإضافة طبقة فوق طبقة كلما تقدمت في السن وكبرت. هذه المقارنة مفيدة بشكل خاص هنا لأنه، كقاعدة عامة، كلما كان الشيء في منطقة أعلى في المخ (بمعنى أنه كلما كان أقرب إلى السطح الخارجي للمخ)، كان تطوره أكثر حداثة. وكلما كان تطور منطقة من المخ أكثر حداثة، كانت أكثر تعقيدًا وتقدمًا، وكانت الوظائف التي تتولاها تلك المناطق أكثر تعقيدًا. ظهر الجزء الأكثر تعقيدًا من المخ، والذي هو القشرة المخية الحديثة، في جنسنا البشري على مدار المليوني سنة الماضية أو ما يقارب ذلك. وبالمقارنة، فإن الأجزاء الأساسية من المخ، مثل تلك الموجودة في المخ الأوسط، كانت موجودة لمدة تفوقها عشر مرات على الأقل. وبالنسبة إلى أجزاء معينة من المخ، مثل جذع المخ، فعمرها أطول كثيرًا كثيرًا، نتحدث هنا عن عصر الديناصورات[1].

قشرة الفص الجبهي (Prefrontal Cortex)، والتي تقع خلف جبهتك مباشرة، هي الجزء الأكثر تقدمًا وتطورًا من المخ. تنبع معظم إدراكاتنا الدقيقة والتجريدية والواعية منها: إحساسك بذاتك، والتفكير العقلاني، والتفكير النقدي والتحليلي، وما إلى ذلك.

يبدو أن الوظيفة الرئيسية لمناطق المخ العليا، في سياق القلق والتوتر، هي التحكم في المشاعر والمخاوف أو ترشيدهم. يمكنك القول إنهم يفسرون ويفككون التشفيرات الأولية للمعطيات الخام الناجمة عن الخوف وردود الفعل العاطفية الأخرى. هذا أمر منطقي، لأن مناطق المخ العليا هذه عادة ما تكون معنية بعمليات واعية ومعقدة. تلك التي تسمح لنا بضبط النفس والقدرة على التفكير بأنفسنا. غالبًا ما يشار إلى تلك العمليات على أنها الوظائف التنفيذية (Executive Functioning).

وفي الوقت نفسه، فإن الأجزاء الأقدم والأعمق من المخ تولِّد المشاعر الفعلية وردود الأفعال والاستجابات الفورية – تلك الأشياء التي نشعر بها دون الحاجة إلى التفكير فيها. لذا، فإن استجابة الخوف اللاواعية، تلك الكامنة وراء الكثير من مشاعر القلق والتوتر، من شبه المؤكد أنها تنبثق من هذه المناطق.

هناك العديد من مناطق المخ الرئيسية المنخرطة في العمل هنا.

---

(1) ومن هنا جاء مصطلح «مخ الزواحف» الذي يُطلق على مثل هذه المناطق.

فهناك الحُصين (Hippocampus)، وهو المسؤول بشكل أساسي عن معالجة الذكريات، والتي تسمح لنا بدورها بإدراك ما الذي قد يمثل تهديدًا وما الذي لا يمثل تهديدًا والاستجابة وفقًا لذلك.

وهناك القشرة الحزامية الأمامية (Anterior Cingulate Cortex)، والتي تلعب أدوارًا متعددة، بما في ذلك إدراك الأحداث الاجتماعية السلبية والتسبب في الآلام النفسية، مما يساعدنا في تفسير سبب حساسية البشر للقلق الاجتماعي والإحراج (كما سنرى قريبًا).

هناك المنطقة الرمادية المحيطة بالمسال[1] (Periaqueductal Grey)، وهي منطقة صغيرة ولكنها متعددة الاستخدامات، ومرة أخرى لها وظائف عديدة، إحداها هو إثارة ردود الأفعال الدفاعية عند الضرورة، كالتأهب، والجموح، وتساهم في إسراع التنفس وضربات القلب، وما إلى ذلك.

ولكن إذا كان هناك جزء واحد من المخ كان محور التركيز الرئيسي لأبحاث القلق طوال الفترة التي كان العلماء فيها يدرسون هذه الظاهرة، فستكون هذه المنطقة هي اللوزة المخية (The Amygdala).

ذُكِرَت اللوزة المخية كثيرًا في الفصل السابق عند حديثنا عن الاكتئاب، وذلك لسبب وجيه. لإعادة التأكيد، فاللوزة المخية هي نواة صغيرة نسبيًا على شكل لوزة، ولها أدوار متعددة وحاسمة، معظمها ذو طبيعة عاطفية[5]. تضيف اللوزة العنصر العاطفي للذكريات، مما يسمح لنا بتذكر وإعادة تجربة ما شعرنا به في ذلك الوقت، وليس فقط الحدث على جفافه. هناك أدلة تشير إلى أنها تحدد أيضًا ردة فعلنا العاطفية المطلوبة في أي موقف معين[6].

إذا نزع شخص ما ملابسه أمامك، فهل يجب أن تُثار جنسيًا؟ إذا كان شريكك الرومانسي في غرفة نومك، فمن المفترض أن يكون ذلك رد فعل مناسبًا. أما إذا كان شخصًا غريبًا في غرفة تغيير الملابس في صالة الألعاب الرياضية، أو شخصًا ما أنت على وشك إجراء تفتيش ذاتي له، فلا، بالتأكيد يجب ألا يحدث ذلك. يمكن أن يؤدي نفس الفعل إلى استجابات مختلفة جدًا داخل مخك. يُعتقَد أن اللوزة هي التي تحدد ذلك. تقوم اللوزة بتقييم

(1) تُعرف أيضًا باسم السنجابية المحيطة بالمسال، أو السنجابية المركزية.

جميع البيانات المتاحة، وتأخذ في اعتبارها سياق الأحداث، وتقرر رد الفعل المناسب.

تعتبر اللوزة المخية منطقة مركزية من مناطق معالجة المشاعر في المخ الأوسط، تلك المناطق المعروفة باسم الجهاز الطرفي (The Limbic System). وبناءً على ذلك، اللوزة المخية وردود الفعل العاطفية متلازمان يسيران جنبًا إلى جنب. ولكن لا يزال الدور الأكثر شهرة ورسوخًا للوزة المخية هو الاستجابة للخوف. بينما تشارك أجزاء كثيرة من المخ في التعرف على التهديدات ومواجهتها، فإن اللوزة هي التي تمتلك أكبر نفوذ هنا. اللوزة هي ذلك الجزء من المخ الذي يقول: «نعم، هذا الشيء بالذات يستدعي القلق بشأنه، لذا ضع الجسد والمخ في حالة التأهب القصوى». وهكذا، نكون قد تأهبنا للاستجابة للضغط، أو الاستجابة للخوف، أو استجابة للذعر، بناءً على مدى تهديد الخطر لنا. اتُّخِذ القرار، ويبدو أن اللوزة هي التي اتخذت هذا القرار.

بالنظر إلى كل ما تفعله اللوزة المخية، فإن لديها مجموعة واسعة جدًّا من الروابط المعقدة والمسهبة مع العديد من أجزاء المخ الأخرى. تمتد هذه الروابط إلى مناطق المخ العليا، مثل قشرة الفص الجبهي المسؤولة عن أشياء مثل التفكير والتحكم في النفس، والمناطق الأعمق من المخ، مثل المحور الوطائي النخامي الكظري، الذي يثير استجابة الضغط الجسدي عن طريق إطلاق العديد من الهرمونات.

لفترة طويلة، كان يُفترض أن اضطرابات القلق تعود إلى زيادة نشاط اللوزة المخية. إذا كان النشاط في اللوزة المخية هو المسؤول عن إثارة مشاعر الخشية والقلق، فإن ذلك يترتب عليه أن زيادة نشاطها سيؤدي إلى الكثير من القلق. أمر منطقي. وفي الغالب، تحتفظ هذه الحجة بمكانتها. فرط نشاط اللوزة لوحظ في عدد لا يُحصى من الدراسات حول القلق[7]، وأي شيء يقلل من نشاط اللوزة يقلل دائمًا من علامات الخشية، والضيق، و... نعم، القلق.

لكن، كما هو الحال دائمًا، الأمر أكثر تعقيدًا من ذلك. على الرغم من مدى مركزية اللوزة في معالجة المخ للخوف والقلق، فإنها لا توجد بمعزل عن

باقي مناطق المخ. هناك العديد من مناطق المخ التي تتحكم في القلق، أو توجهه، أو تحد منه عند الضرورة. أو، على الأقل، هذا هو دورهم.

ما هي هذه المناطق؟ ولماذا لا تؤدي دورها بكفاءة في بعض الأحيان؟

قشرة الفص الجبهي الذكية والمنطقية

لقد ذكرت آنفًا أننا معشر البشر نتصدر عرش الكائنات عندما يتعلق الأمر بالقلق، لأن أمخاخنا ذكية بما فيه الكفاية لتميز مجموعة واسعة من الأشياء التي قد تؤثر علينا سلبًا. هل تقلق الفئران من فقدان عملها؟ هل تتعرض حمامة للتوتر عند محاولتها المزايدة على حمامة أخرى في مزاد على موقع إي باي (eBay). هل تظل الخراف مستيقظة في الليل بسبب التوقعات الاقتصادية القاتمة؟ لا. إنهم ليسوا على علم بوجود مثل هذه الأشياء.

هذا لا يعني أن هذه الكائنات لديها حياة أسهل منا، لكن الأخطار والمصاعب التي تضعهم في حالة من الضغط أو التوتر تكون ملموسة وأكثر «واقعية» من تلك الأشياء التي تضغطنا نحن البشر. من المفترض أن هذا يعني أن المخلوقات الأبسط تعتمد على طرق أبسط لإيقاف استجابتها للخوف والضغط، مثل عملية المراقبة الكيميائية الذاتية للمحور الوطائي النخامي الكظري التي غُطِّيَت سابقًا. في عالم الطبيعة القاسي، يكون التهديد عادةً هو شيء قد يقتلك أو يختفي. إذا اختفى، فإن مناطق اكتشاف التهديدات في أمخاخ الحيوانات لم تعد ترى التهديد، لذا تتوقف عن دق ناقوس الخطر. أو يكون الخيار الثاني، فيكون المخ وصاحبه، قد مات.

في كلتا الحالتين، تتوقف استجابة الخوف.

ومن الواضح أن هذا ليس بالأمر السهل مع المخ البشري. تكمن المشكلة في أن اللوزة والجوانب الأخرى من نظام اكتشاف التهديدات تتفاعل دائمًا بنفس الطريقة، سواء كنا نجازف بحياتنا في زقاق مظلم في منطقة مليئة بالجرائم، أو نقدم عرضًا تقديميًا في العمل. يمكن أن يختلف حجم أو مدى استجابتنا بناءً على الموقف الذي نحن بصدده، لكن ردود أفعالنا الجوهرية تجاه الأشياء المهدِّدة لنا ثابتة بشكل أساسي. لا تميز أمخاخنا جيدًا بين

المخاطر الجسدية الحقيقية التي تقع أمامنا مباشرة والأحداث غير السارة التي قد تحدث لنا في المستقبل.

ببساطة، لا يمتلك نظام اكتشاف التهديدات سوى نطاق محدود من الاستجابات للأخطار التي يشعر بها، ويستخدم تلك الاستجابات كبوق الطوارئ. يمكنك ضبط مستوى الصوت، أو جعله يخرج بشكل متكرر أو على فترات، لكنه في النهاية يصدر نفس الجعجعة في جميع الحالات. هذا يسبب المشكلات، وذلك لأننا، مرة أخرى، نقلق دائمًا بشأن الأشياء التي قد تحدث، أو الأشياء التي لم تحدث، ولكن كان يمكن أن تحدث. ونحن نقلق بشأن أشياء مثل صورتنا الذاتية، أو كيف يرانا الآخرون، أو بشأن أهدافنا طويلة المدى. هذه الأشياء شخصية بشكل كبير وتكهنية للغاية، لذا لا يمكن لها، في معظم الأحيان، أن تظهر في العالم الحقيقي بأي طريقة مفيدة وملموسة.

وهنا تكمن المشكلة: من الصعب جدًّا معرفة ما إذا كان بإمكاننا التوقف عن القلق بشأن هذه الأشياء، ومتى يمكننا التوقف. إذا كنا قلقين بشأن أشياء لم تحدث، فمتى نتوقف عن القلق؟ كيف يمكن إدراك أن التهديد قد «ذهب بعيدًا» بينما لم يكن هناك تهديد، واقعيًا، أبدًا.

إنها وصفة سحرية لاستجابة مستمرة لا تنتهي للضغط. ويوضح هذا كيف أن التحكم في استجابتنا للضغط والقلق قد يكون صعبًا ومراوغًا بالنسبة إلى مخنا البشري المعقد للغاية. لكن ولحسن الحظ، من بين العديد من العمليات المعقدة التي طورها مخنا، هناك أيضًا وسائل أكثر تقدمًا للتحكم في، أو الحد من، إنتاجات اللوزة المخية، وبالتالي كبح ردود أفعالنا تجاه المخاوف والضغوطات. وإذا كان هناك أي جزء من المخ تتوقع أن يتعامل مع الناتج العاطفي الغريزي والحيوي للوزة المخية، فهي قشرة الفص الجبهي (Prefrontal Cortex) المسؤولة عن ضبط النفس والتحليل والتفكير العقلاني والكبت وما إلى ذلك.

وهذا هو ما يحدث بالضبط.

ولكن، كما هو الحال دائمًا، فإن العلاقة بين قشرة الفص الجبهي واللوزة ليست مباشرة. لا تقوم قشرة الفص الجبهي بإيقاف اللوزة فقط عندما تتمادى، مثل قيام معلم بفض شجار في ملعب المدرسة، أو مثل شخص

يلعب لعبة ضرب الخلد (Whack-a-Mole). من المثير للاهتمام أنه في حين أن قشرة الفص الجبهي واللوزة يتعارضان بانتظام، إلا إنهما كثيرًا ما يتعاونان أيضًا. إنهما يتبادلان الكثير من المعلومات، ويعملان معًا، ويؤثران بعضهما على بعض بعدة طرق معقدة. إنه نوع من أنواع الزواج في مسلسل كوميدي كلاسيكي. المشاحنات والجدالات لا تتوقف بين الزوجين، لكنهما لا يزالان متعلقين بعضهما ببعض.

يُعتقَد أيضًا أن قشرة الفص الجبهي هي الجزء الذي يجعل كل المعلومات المربكة والمعقدة التي تدور في أمخاخنا منطقية. إنه الجزء الذي يترجم كل تلك المعلومات إلى شيء متماسك، شيء مفيد، شيء يمكننا إدراكه والتفكير فيه. مثل الطريقة التي يأخذ بها الكمبيوتر المحمول أو الحاسوب اللوحي رمزًا ثنائيًا خامًا يأتي من الكابل العريض للمنطقة التي تسكن فيها ويحوِّله إلى عروض نيتفلكس وميمات القط. في حين أن اللوزة المخية هي المسؤولة عن استجابة الخوف الكامنة، يمكن القول إن قشرة الفص الجبهي هي التي تترجمها إلى مشاعر القلق.

من المهم أيضًا أن تتذكر أن هذا الاتصال بينهما لا يسير في اتجاه واحد. تبدو قشرة الفص الجبهي جوهرية لجميع حساباتنا واستنتاجاتنا وتخطيطاتنا المستقبلية. لذلك، فهي المنطقة التي تعمل على حساب التهديدات والمخاطر غير الملموسة والمحتملة، مثل الإحراج المحتمل الذي قد تتعرض له، أو انهيار العلاقة، أو فقدان الوظيفة. تُشارَك هذه المعلومات، المتعلقة بهذه التهديدات والمخاطر المحتملة، مع اللوزة، مما يؤدي إلى تحفيز استجابة الخوف، مما يصيبنا بالقلق.

بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تعمل اللوزة المخية وقشرة الفص الجبهي بشكل مستقل بعضهما عن بعض. هل سبق لك أن كنت بمفردك في المنزل، جالسًا في هدوء، ثم سمعت شيئًا يتحطم؟ إنه أمر مرعب. فجأة أنت خائف، ومتوتر، وقلبك يدق، وأُصبت بالقشعريرة، وما إلى ذلك. إنه رد فعل طبيعي للغاية. عادة، بمجرد أن تتوقف وتفكر في الأمر، ستكتشف بسرعة أنه لا يوجد ما تخشاه. ربما كان هذا الصوت صوت تلك الصورة التي سقطت عن الحائط.

تلك الصورة المتذبذبة التي كنت تخبر شريكك لأسابيع مضت بأن يصلحها أو يزيلها عن الحائط.

ولكن على الرغم من أنك تدرك أنه لا يوجد ما يدعو للقلق، ما زلت تشعر بالخوف. في حالة حدوث شيء غير متوقع وصارخ، يبدأ نظام اكتشاف التهديدات لديك بالعمل على الفور. تُغَذّى اللوزة المخية بالمعلومات الحسية دون تدخل المخ الواعي، وعندما يحدث شيء من هذا القبيل، فإنها تطلق الإنذار على الفور، بغض النظر عما إذا كنت تعتقد أن ذلك مبرر أم لا. ذلك لأن رد الفعل العاطفي هذا أقدم وأبسط من قدرتنا على التفكير بوعي في شيء ما بشكل منطقي، مما يعني أنه أسرع كثيرًا أيضًا. ليس لديك حتى الوقت للتفكير فيما إذا كان الأمر يستدعي هذا الخوف أم لا. ليس لديك وقت *للتفكير*، نقطة.

لا تستطيع الأجزاء العليا من المخ، مثل قشرة الفص الجبهي، مواكبة ردود الفعل والعواطف القديمة، ولكن ما يمكنهم فعله هو الحد من رد فعلك العاطفي، أو تعديله. إنه مثل إنسان يسير مصطحبًا كلبًا، كلب كبير وقوي مثل كلب سانت برنارد (St. Bernard Dog). يمكن للشخص أن يوجِّه الكلب، ويصدر الأوامر، ويشد من زمام الطوق الموجود على عنق الكلب إذا لزم الأمر. لكنه لا يستطيع التحكم فيما يفكر فيه الكلب أو يفعل. إنه يقتصر في الغالب على الاستجابة لما يفعله الكلب، مثل دفع التعويضات مقابل ما قد يتلفه الكلب، أو الاعتذار لأي شخص قفز عليه الكلب وسقط أرضًا. والكلب، على كبر حجمه، قد يتحرر من الطوق ويبدأ في التصرف كما تصرف الكلاب.

في هذا التشبيه، يكون الشخص هو قشرة الفص الجبهي، والكلب هو اللوزة، أو النظام العاطفي بشكل عام. بالتأكيد الشخص أكثر ذكاءً، لكن هذا لا يعني بالضرورة أن لديه سيطرة كاملة على الكلب. وعندما يفلت الكلب من الطوق، ويركض الشخص وراءه، في محاولة مستميتة للإمساك به ومنعه من التسبب في الفوضى، هذا هو القلق.

ولكن لماذا؟ لماذا تفقد قشرة الفص الجبهي (والمناطق المرتبطة بها) السيطرة؟ كيف تصبح اللوزة في النهاية هي المهيمنة؟ هناك عوامل متعددة تشترك في هذه العملية، ولكن أحد العوامل المهمة هو أن التوازن بين اللوزة المخية والقشرة الجبهية -بين الخوف والتوتر والقلق، والتفكير العقلاني والمنطق- دائمًا ما يكون في حالة تغير مستمر. لا تكون العلاقة بينهما ثابتة أو محبوسة. من المنطقي أن يكون التوازن بين الأجزاء الانفعالية والاندفاعية للمخ والأجزاء العقلانية التي تتحكم في الذات في أحسن الأحوال شبه مستقر (Quasi-Stable). هناك الكثير من الأوقات التي يكون فيها رد الفعل الخائف القلق مناسبًا تمامًا للموقف. وهناك أوقات يكون فيها ذلك غير مفيد بشكل خطير. تتطلب المواقف المختلفة ردود أفعال مختلفة. تذكَّر ما قلناه سابقًا: الضحك بصوت عالٍ على خطاب صديق العريس في حفلة العرس هو أمر مناسب. والضحك في جنازته ليس كذلك.

إذا ثُبِّتَت حالة المخ بحيث يأخذ النظام العاطفي أو النظام العقلاني الأولوية دائمًا، فستكون هناك الكثير من المواقف التي نتفاعل فيها بشكل غير مناسب، أو ببطء شديد، مع الأحداث غير المتوقعة. ولكن على الرغم من فائدة هذا التوازن المعقد بين هذين النظامين، فإنه توازن هش. يمكن تعطيله بسهولة، أو التخلص منه، وبالتالي فإن اضطرابات القلق شائعة كما نراها. يظهر هذا بشكل خاص خلال فترة البلوغ، وهي فترة من حياتنا يبدأ فيها المخ بالنضوج بسرعة، ويزيل فوضى الطفولة، ويجعل كل شيء أكثر كفاءة، للاستعداد لحياة البالغين. ولكن هنا تكمن المشكلة: كلما كانت منطقة المخ أبسط في تركيبتها، قل الوقت الذي تستغرقه تلك المنطقة لتنضج. واللوزة المخية والجهاز الطرفي هما أجزاء أقدم، وبالتالي أبسط، من المخ. لا يستغرقان وقتًا طويلًا لينضجا، لذلك يصلان إلى ذروة الكفاءة في وقت مبكر من مرحلة المراهقة.

على النقيض من ذلك، فإن قشرة الفص الجبهي والمناطق المرتبطة بها هي أكثر أجزاء المخ تعقيدًا، وتشير الأدلة إلى أنها لا تنضج تمامًا حتى سن الخامسة والعشرين! لذلك، طوال فترة مراهقتنا، تعمل أنظمتنا العاطفية

بأقصى قدر من الكفاءة، في حين أن مناطق الفص الجبهي لدينا، التي تحافظ على العواطف وتنسقها بضبطها والسيطرة عليها، لا تزال قيد النمو، وتكافح من أجل مواكبة ذلك. ومن ثم فإن سنوات مراهقتك هي تلك السنوات التي تكون فيها في أقصى حالاتك العاطفية. لا يعني ذلك أن المراهقين لا يستطيعون التحكم في عواطفهم، بل يعني أن القيام بذلك يتطلب المزيد من الجهد، في وقت تكون فيه عواطفهم أقوى مما كانت عليه في أي وقت مضى.

ببساطة، خلال فترة المراهقة المبكرة، يكون للوزة المخية اليد العليا في كثير من الأحيان، وبالتالي تكون ردود الفعل العاطفية التي تنتجها اللوزة، وبخاصة الخوف والقلق، أكثر وضوحًا. هل تتذكر عندما كنت مراهقًا؟ هل تتذكر كيف بدا كل تفاعل اجتماعي مزعجًا للأعصاب؟ كيف كان كل شيء دراميًا، كيف كان يجعلك كل شيء غاضبًا أو بائسًا بشدة؟ كيف يمكن أن فقط مجرد تفكيرك في أن تطلب من أحدهم الخروج معك يصيبك بضيق في نفسك؟ كيف كان أي رفض تقابله يشعرك بأنه نهاية العالم؟ ألا يبدو هذا شيئًا سيحدث في مخ تكون فيه الأنظمة العاطفية أكثر هيمنة مما ينبغي أن تكون عليه؟

هناك أيضًا بيانات مثيرة للاهتمام تُظهِر أن القلق يمثل مشكلة كبيرة في الصحة النفسية للمراهقين، ولكنه أكثر شيوعًا خلال السنوات الأولى للمراهقة -لنقل، الأعمار من 11 إلى 13 عامًا- وينخفض تدريجيًا في أواخر سن المراهقة[8]. أحد التفسيرات هو أنه، في بداية سن المراهقة، تتمتع اللوزة المخية الناضجة حديثًا ونظام اكتشاف التهديدات المرتبط بها بأكبر قدر من التأثير، لذا أبقِ الأمور في حالة التأهب القصوى، مما يعني أن المراهقين الصغار أكثر توترًا وقلقًا بشأن المزيد من الأشياء مقارنة بغيرهم. ولكن مع نموهم وتعلمهم، تصبح قشرة الفص الجبهي وأنظمة ضبط النفس الأخرى أكثر قدرة على إبقاء الأنظمة العاطفية تحت السيطرة. لقد اكتشف المراهق الآن أن الخوف الشديد الذي يسبب الذعر قد يكون استجابة غير مناسبة لمحاولة قول «مرحبًا» لشخص جذاب، لذا تجاوز ما تأمرك به اللوزة المخية عندما تحاول إثارة ذلك بداخلك. وكلما كانت قشرة الفص الجبهي أقوى وأكثر

نضجًا، كانت أكثر قدرة على مواجهة النبضات العاطفية الفورية والمسببة للقلق والتي تكون بارزة بشكل خاص في أوائل سن المراهقة.

هذه نظرية واحدة على أي حال. هناك الكثير مما يحدث في المخ في أثناء نموه، ولذلك هناك بلا شك عوامل متعددة تعمل معًا في ذلك. لكن آمل أن يساعدك هذا على فهم كيف يكون الأمر عندما يكون للتهديدات وعمليات الاستجابة العاطفية في المخ تأثير أكبر من تلك العمليات المنطقية وعمليات التحكم في النفس. إنه شيء عشناه جميعًا خلال سنواتنا السابقة، وربما يمر به البعض منكم الآن. ونأمل أن يساعدنا ذلك على تقدير أن هناك الكثير من الأوقات في حياتنا يجب أن ندع فيها عواطفنا تقودنا، لأن هذا هو الشيء الصحيح الذي يجب القيام به في بعض الأوقات. أوقات الاستعجال، أوقات الحزن، في العلاقات الحميمة. هناك أوقات لا يساعد فيها التحليل العقلاني البارد، أو يمكن له فقط أن يزيد الأمور سوءًا.

ومع ذلك، عندما يحيد التوازن بعيدًا في اتجاه واحد (عندما تمارس اللوزة وأنظمة الكشف عن التهديدات تأثيرًا كبيرًا على أفكارنا ومشاعرنا، وتكافح عملياتنا العقلانية أو تفشل في استعادة اليد العليا) عندها نشعر بالقلق الشديد.

كما هو الحال دائمًا، تلعب أجزاء وعمليات المخ المتعددة دورًا في القلق. ومن ثم، يمكن للقلق العيادي (Clinical Anxiety) أن يتجلى بعدة طرق.

دعونا نلقي نظرة على بعض تلك الطرق.

اضطراب القلق المعمم، والجانب العيادي من القلق

في عام 2017، قدَّرت منظمة الصحة العالمية أن 264 مليون شخص في جميع أنحاء العالم يعانون اضطرابات القلق. ويبدو أن هذا الرقم لا يتغير إلا في زيادة. وفي الوقت نفسه، بلغ عدد حالات الاكتئاب 322 مليون حالة، مما لا يزال يجعل الاكتئاب في مقدمة الاضطرابات الأكثر شيوعًا بشكل عام[9].

ومع ذلك، هناك نقطة مثيرة للاهتمام يجب ملاحظتها، وهي أن بعض البيانات تشير إلى أن القلق أكثر شيوعًا من الاكتئاب في الولايات المتحدة على وجه التحديد[10]. تشير بعض التقديرات إلى أن 40 مليون أمريكي يصابون

بالقلق كل عام. وتشير تقديرات أخرى إلى أن الرقم أعلى من ذلك، حيث يعاني واحد من كل خمسة من سكان الولايات المتحدة أحد اضطرابات القلق.

لماذا يكون الشعب الأمريكي أكثر قلقًا بشكل عام؟ هل هناك سمة فريدة للنفسية الأمريكية تجعل الأمريكان أكثر عرضة للقلق؟ أم أن هناك شيئًا في الثقافة الأمريكية يضع الناس على المحك، ويمنحهم المزيد من الأشياء ليقلقوا بشأنها؟ أنا متأكد من أننا يمكننا جميعًا التكهن والجدال حول ذلك لبعض الوقت، لكن هذا خارج اختصاصي هنا.

ومع ذلك، يجدر الإشارة هنا إلى أنه من غير المحتمل أن يكون هذا مثل نزوة معينة في المخ الأمريكي. أتتذكر في الفصل الأول، حيث تحدثنا عن كيفية كون قضايا الصحة النفسية والعقلية غالبًا ما يُبَت فيها من خلال مقارنة تفكير شخص ما وسلوكه بالمعايير الثقافية المستقرة؟ يمكن أن تكون هذه هي المشكلة، لأن معايير الثقافة يمكن أن تتغير، بل وتتغير بالفعل، بمرور الوقت. لكن هذه المعايير تختلف أيضًا بشكل لا يمكن إنكاره بين الثقافات المختلفة. سيكون الفكر السائد في ثقافة ما مختلفًا، مقارنة بغيرها من الثقافات، في الأمور المهمة. هذا هو *السبب الرئيسي* في اعتبارهم ثقافات مختلفة! ألن يَتْبَعَ ذلك، منطقيًا، أن التعبير عن مشكلات الصحة النفسية والعقلية وتقييمها سيختلفان أيضًا؟ نظريًا، نعم. وواقعيًا، نعم أيضًا.

على سبيل المثال، لاحظت دراسات علم النفس الاجتماعي (Social Psychology) وعلم الاجتماع (Sociology) منذ فترة طويلة أن الثقافات الغربية تميل إلى أن تكون أكثر فردية (Individualistic) في نزعتها الثقافية، مما يعني أن تقدير الذات (Self-Worth) وتحقيق الذات (Self-Fulfilment) يكونان الهدف الرئيسي لمعظم الناس. من ناحية أخرى، تميل الثقافات الشرقية أكثر نحو الجماعية (Collectivism) في نزعتها الثقافية، حيث يأخذ المجتمع، أو الأسرة، أو التقاليد الثقافية، الأولوية في حياة أفرادها. هذا، باعتراف الجميع، تعميم واسع للغاية، ولا يعني أن إحدى هاتين الثقافتين أفضل من الأخرى؛ لكل منهما عيوبها ومميزاتها. وجهة نظري هي: إذا نشأ مخك في سياق ثقافي معين، فسوف يتشرب معايير ومفاهيم تلك الثقافة، والتي بدورها ستشكل طريقة تفكيره، وتصرفه، وإدراكه للأشياء.

إحدى نتائج ذلك هي أنه إذا بدأ شخص ما في التفكير والتصرف بطرق لا تتماشى مع الثقافة التي ينتمي إليها، فيمكن اعتباره مختلًا نفسيًا (Mentally Abnormal)، بينما في ثقافة أخرى لا يزال يعتبَر شخصًا طبيعيًا تمامًا.

هذا الاختلاف الثقافي في الأعراف والسلوكيات الاجتماعية هو أحد أسباب اعتراض الناس على استخدام الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية على نطاق واسع، فإنه من إنشاء الجمعية الأمريكية للطب النفسي، المكونة في جوهرها من أفراد نشؤوا وعاشوا وتدربوا ومارسوا العلاج النفسي في أمريكا، والتي هي دولة ثرية من دول العالم الأول. كيف تكون استنتاجاتهم، حول ما هو طبيعي وما هو غير طبيعي سلوكيًا وفكريًا، ذات الصلة بمراهق يعيش في المناطق الريفية في بوتسوانا[1]، أو متقاعد في قلب شنجهاي؟

كنقطة جانبية، هذا سبب آخر يجعلني أفضّل التركيز على المخ. في حين أن كل مخ فرد منا فريد بشكل إجمالي، إلا أنه هناك الكثير من التركيبات والخصائص الكلية التي تشترك فيها جميع أمخاخنا، وهذا يمكن أن يعطينا بعض التوافق في مسائل الصحة النفسية والعقلية، على الرغم من أن التعبير النهائي عنها قد يختلف اختلافًا كبيرًا من فرد إلى آخر.

لتوضيح هذا بعبارات أبسط، قد يكون لدى كل شخص مخه المختلف الذي قد يعتريه الخلل بطريقته الخاصة بالنظر إلى من هو، وكيف تسير حياته، وما هي الثقافة التي ينتمي إليها. لكن كل شخص منا في الأساس يبدأ بنفس التركيبة المخية الأساسية، لذا فإننا جميعًا نعمل بأنظمة متماثلة على المستويات الجوهرية.

وكما هو متوقَّع، فإن هذا التمايز الثقافي فيما يتعلق بالصحة النفسية والعقلية يجعل دراستها أكثر تخييبًا للآمال. لقد عرضت لك لتوي أعداد حالات الاكتئاب والقلق في جميع أنحاء العالم، أرقام مفيدة يجب أن تكون على دراية بها، ولكن لا يزال يتعين علينا التعامل مع مثل هذه الأرقام بحذر، لأن مشكلات ومصاعب الصحة النفسية والعقلية قد يكون من الصعب تحديدها.

---

(1) بوتسوانا هي بلدة تقع في جنوب الصحراء الكبرى في إفريقيا الجنوبية. (المترجم).

أحد أسباب ذلك، والذي يتغذى ويتفاقم بسبب حقيقة أن التشخيصات ليست علمًا دقيقًا، هو أن مشكلات الصحة النفسية والعقلية يمكن أن تتجلى بطرق مختلفة جدًّا، من شخص لآخر، وكذلك من ثقافة لأخرى. هل ستكون حالة اكتئاب لشخص يعيش في قلب التبت[1] مماثلة لحالة اكتئاب لشخص يعيش في ضواحي شيكاغو؟ من المفترض أن تكون الإجابة هي لا. ولكن هل ستكون حالتان من الاكتئاب في قلب التبت متماثلتين تمامًا؟ مرة أخرى، لا، على الأحرى.

دعنا نعود بكلامنا الذي تفرع منا إلى الموضوع الذي نحن بصدده، ألا وهو القلق، وكيفية عمله. في حين أن هذه الاختلافات الثقافية والفردية تعيق تأسيس فهم شامل وموثوق لمشكلات الصحة النفسية والعقلية بشكل عام، فإنها تبدو مزعجة بشكل خاص عندما يتعلق الأمر باضطرابات القلق على وجه الخصوص، حيث إن القلق هو إحدى أكثر الحالات المتباينة والمتفاوتة.

دعونا نبدأ بالأساسيات. بالنسبة إلى معظم الناس، ينم القلق (Anxiety) عن وجود حالة دائمة من التوتر، والخوف، والارتباك، والـ «غيظة»، لدرجة تسبب العجز، وربما لا يكون لها أي سبب واضح. في تلك الحالة، يعتبَر هذا هو اضطراب القلق المعمم (Generalized Anxiety Disorder – GAD). جوهريًا، يعتبَر اضطراب القلق المعمم الصورة النمطية لاضطرابات القلق، من حيث إنه هذا هو ما يدور في ذهن الناس عادة عندما يفكرون في القلق، تمامًا كما يلعب هذا الدور الرئيسي اضطراب الاكتئاب الشديد (Major Depressive Disorder) عندما نتحدث عن الاكتئاب. كالعادة، وفقًا لمنهج الطب النفسي، هناك معايير معينة يجب أن تكون موجودة قبل أن يُشَخَّص الشخص باضطراب القلق المعمم. وكما هو الحال دائمًا، هناك الكثير ممن يعارضون هذه المعايير ويرونها ضيقة جدًّا أو متصلبة جدًّا بحيث لا تعكس حقيقة ما يمر به الفرد.

أعلم أنني لا أنفك عن تسليط الضوء على هذا الأمر، لكنه أمر مهم. بالنسبة إلى القلق، غالبًا ما يعتبَر التركيز على شخص ما في حالة مستمرة من الخوف أو التوتر نظرة ضيقة جدًّا أو محدودة للغاية. الكثير من الناس يخبرون عن

(1) منطقة ودولة سابقة في آسيا الوسطى. (المترجم).

وجود حالات من اضطرابات القلق التي يُعَبَّر فيها عن القلق عن طريق الغضب المستمر أو الطيش بدلًا من الخوف والتوتر. لكن مؤقتًا، سأصب تركيزي على طريقة تجلِّي القلق الأكثر شيوعًا، عن طريق القلق الحرفي.

إن معايير اضطراب القلق المعمم هي نفسها تقريبًا في كل من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والتصنيف الدولي للأمراض[12]. والعنصر الأساسي لاضطراب القلق المعمم هو وجود القلق المفرط والهم (Excessive Anxiety and Worry)، في معظم الأيام، استجابةً للأحداث والمشكلات اليومية. لا يعني ذلك وجود شخص ما في حالة قلق مستمر بشأن شيء يتطلب *في الحقيقة* درجة من القلق أو الخوف، بل يعني ذلك أن يكون الشخص قلقًا للغاية بشأن العديد من الأشياء (ومن هنا جاءت كلمة «المعمم» في اضطراب القلق المعمم) إلى حد غير منطقي أو سوي. لا بأس أن تقلق بشأن أشياء مثل مواعيد تسليم مهامك في العمل أو حفلات الزفاف القريبة. ولكن إذا كنت قلقًا *جدًا* لدرجة أنك لا تستطيع العمل أو التفكير بشكل صحيح، فهناك ما يدعو للقلق.

يمكن استخلاص المزيد من أوجه التشابه بين القلق والاكتئاب هنا. لا بأس أن تكون حزينًا أو مكتئبًا عندما يستدعي الموقف ذلك، ولكن عندما تكون مكتئبًا بشكل مفرط ومستمر دون وجود سبب واضح، فقد يكون هناك شيء ما يؤثر على صحتك النفسية.

يشترط كل من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والتصنيف الدولي للأمراض أن يصاحب اضطرابَ القلق المعمم أيضًا العديدُ من الأعراض الجسدية، مثل تسارع معدلات ضربات القلب، والتعرق، والارتعاد أو الارتجاف، وجفاف الفم، وغير ذلك. وقد يكون هناك أيضًا آلام في الصدر، وغثيان، وتنميل، وهبات الحرارة[(1)] و/أو قشعريرة، وتشنجات

(1) هبات الحرارة (Hot Flashes) هي شكل من أشكال التورد الذي يحدث في الجسد وعادة ما تكون عبارة عن الشعور بالحرارة الشديدة مع التعرق وسرعة ضربات القلب وقد تستمر عادة من 2 إلى 30 دقيقة في كل مرة تحدث فيها. (المترجم).

عضلية، وصعوبة في التنفس، وما إلى ذلك. يعتبَر اضطراب القلق المعمم شديدَ السخاء مع ما يترتب عليه من عواقب جسدية.

ويصاحب القلق أيضًا مشكلات معرفية أخرى كالانفعالية، أو صعوبة التركيز، أو الشعور بفراغ الذهن، أو اضطراب النوم، أو الشعور بالإرهاق بسهولة، أو الخوف، أو الشعور بأنك «على أعصابك»، كما يقول الأطفال. وأولئك الذين يعانون القلق، بأي شكل يتجلى فيه، لا يمكنهم إيقافه، على الرغم من أنهم عادة يدركون أنه غير منطقي، وأنه استجابة غير متناسبة لما يحدث بالفعل. أتعرف كيف يصر بعض الناس على إخبار المصابين بالاكتئاب أن يبتهجوا للحياة، كما لو كان الأمر بهذه البساطة، وأن هذا اقتراح لم يفكروا فيه؟ حسنًا، إخبار شخص مصاب باضطراب القلق المعمم بأن «يهدأ» أو «يتوقف عن القلق» هو أمر غير مفيد تمامًا مثل ذلك. ومتعالٍ. كانوا ليتوقفوا عن القلق إن استطاعوا ذلك، لكنهم لا يستطيعون! ولهذا السبب فالقلق مشكلة عيادية.

كما ذكرنا سابقًا، فإن اضطراب القلق المعمم له جوانب عديدة مشتركة مع الاضطرابات الاكتئابية. كلاهما جوهريًّا يعتبر تجسيدًا متطرفًا وغير مرن لحالة عاطفية أو ذهنية طبيعية. كلاهما يشتمل على العديد من الأعراض الجسدية، على الرغم من اشتهارهما كمشكلتين للصحة النفسية، والذي يؤكد مرة أخرى على مدى محدودية تلك التفريقات الثنائية البسيطة. وأيضًا، أحد أنواع الأدوية الرئيسية للقلق هي مثبطات استرداد السيراتونين الانتقائية (SSRIs) المضادة للاكتئاب. هل هذا يعني أن هناك سببًا مشتركًا يربط بين كلا الاضطرابين؟ من المحتمل أن تكون الإجابة نعم.

ومع ذلك، هناك طرق مهمة يختلف فيها الاكتئاب عن القلق. أتذكُر كيف أن تشخيص اضطراب الاكتئاب الشديد، يجب أن تكون الأعراض الرئيسية، مثل المزاج المنخفض بشدة، موجودة لمدة أسبوعين على الأقل؟ في المقابل، يجب أن تستمر أعراض اضطراب القلق المعمم لمدة *ستة أشهر* قبل أن يُشَخَّص. بينما يجادل الكثيرون بأن هذه فترة مبالَغ فيها، لأسباب معقولة، فهناك منطق أساسي يستند إليه طول هذه المدة.

والآن، نحن نغوص في تفصيلة دقيقة (مرة أخرى) تبين لنا كيف أن تحديد مشكلات الصحة النفسية والعقلية في كثير من الأحيان يكون بناءً على مدى اختلاف تفكير الشخص وسلوكه عما يعتبره المجتمع أو الثقافة التي يعيش فيها أمرًا طبيعيًا. حسنًا، في دول العالم الأول، من النادر نسبيًا أن يجد الشخص الذي يتمتع بصحة نفسية جيدة نفسه عالقًا في حالة مزاجية متدنية ودون دافع. يتغير مزاج الشخص العادي بسرعة دائمًا، لذا فإن الحالة السلبية الشديدة المستمرة لأسبوعين كاملين تثير القلق بالفعل.

لكن هذا ليس صحيحًا بالنسبة إلى القلق. قد يكون الشخص الذي يتمتع بصحة نفسية جيدة قلقًا دائمًا بشأن شيء ما، أو عدة أشياء، لأسابيع، أو حتى شهور، دون توقف. مشروع كبير في العمل، التخطيط لحفل زفاف، ولادة طفل، شراء منزل. هذه أحداث شائعة، ولكنها أيضًا التزامات مهمة وطويلة الأمد، وهناك احتمالات كبيرة لحدوث خطأ ما فيها، وبالتالي تسبب باستمرار قلقًا وتوترًا شديدًا وطويل الأمد.

لكن هذا القلق (لعدم وجود كلمة أفضل) طبيعي. استجابة منطقية لما يحدث، وبالتالي لا يكون مشكلة في حد ذاته. وهنا يمكننا أن نرى سبب صعوبة فصل اضطراب القلق المعمم عن القلق اليومي المعتاد. فقط عندما يستمر القلق، على مدى فترة طويلة جدًا، يمكننا التأكد من وجود شيء ما لا ينبغي له أن يكون موجودًا.

يظهر هنا اختلاف الجانب الثقافي في قضايا الصحة النفسية والعقلية. لقد سُئلت عدة مرات عما إذا كان الناس في الثقافات الأكثر بدائية، مثل تلك الموجودة في القبائل النائية، أكثر سعادة مما نحن عليه في العالم المتقدم. هل هناك شيء يمكن أن أقوله من أجل أن نحيا حياة أبسط؟ أنا شخصيًا أزعم أن هذا تبسيط مخل للغاية، وأن أولئك الذين «يعيشون خارج الأرض» وما شابههم لديهم أنواع أخرى من القضايا ومسببات القلق التي، لهنائنا، لسنا على دراية بها.

ولكن يمكن القول بشكل معقول إن حياة «مجتمعنا المتقدم» أكثر تعقيدًا، وبالتالي فيها المزيد من الأشياء التي تضغطنا، وذلك فقط لأن هناك الكثير مما يحدث في عالمنا. وتذكر أن أجزاء المخ التي تتعامل مع التهديدات والتوتر لا

تميز بين المخاطر التي تهدد الحياة حقًا والمخاطر غير الملموسة والمجردة مثل فقدان الوظيفة أو الإحراج.

يمكن أن يكون أولئك الذين يعيشون في مجتمعات أقل تعقيدًا يعانون ضغوطات أكبر تهدد حياتهم، ولكنها أكثر ندرة، بينما يعاني هؤلاء منا الذين يعيشون تحت ثقافات العالم الأول نوعًا أكثر ثباتًا من الضغوطات التي توجد في خلفية حياتنا، وبالتالي يظهر القلق، والذي يمكن أن يكون في بعض الأحيان مربكًا لنظام مخنا، مما يؤدي إلى وجود اضطراب القلق المعمم.

لكن هذا لا يعني أن القلق لا يمكن له أن يغمرنا في انفجار شديد مرة واحدة.

نوبات الهلع

أحد أنواع اضطرابات القلق الأخرى هو اضطراب الهلع (Panic Disorder)، والذي يعتبَر مشكلة قوية بشكل خاص، حيث يعاني الشخص نوبات هلع منتظمة. اضطراب القلق المعمم، بكل أعراضه التي تُعد ولا تُحصى، منهك باستمرار، ولكن بطريقة أكثر تدرجًا. يعاني الشخص المصاب به الإجهاد الدائم والاضطراب الناجم عن القلق المستمر. أما نوبات الهلع، في المقابل، تنطوي على الكثير من نفس الأعراض، مثل سرعة خفقان دقات القلب، والارتعاش، والارتجاف، والتعرق، وجفاف الفم، والإعياء، وألم الصدر، والدوخة، لكنها تصيبك كلها جميعًا دفعة واحدة، في انفجار واحد شديد.

إذا كانت أعراض القلق مثل الإصابة بالبلل، فإن اضطراب القلق المعمم يشبه أن تُحجَز تحت هطول غزير مستمر من الأمطار، ونوبات الهلع تشبه أن تضرَب بخرطوم حريق عالي الضغط، بالإضافة إلى أن تترَك مرتجفًا غارقًا، فقد طُرِحتَ أرضًا أيضًا، وتُرِكت تتخبط لعدة دقائق.

ها هي الفتاة على الإنترنت (Girl on the Net) تقص تجربتها الشخصية مع هذا الشيء...

«أسوأ مرة تعرضت فيها لنوبة هلع كانت عندما حوصرت في ستراتفورد ويستفيلد، حيث يوجد الآن نادي وست هام لكرة القدم داخل الملعب الأولمبي.

ذهبت لمقابلة شخص ما هناك للتزلج بالقرب من المنحدر الكبير، حيث كان يمكنك القيام بذلك عن طريق أي واحد من الأبراج القريبة من الإستاد.

وهكذا كنت منتشية بالأدرينالين بسبب نزولي على الزلاجة الكبيرة، ثم خرجت تمامًا في الوقت الذي خرج فيه جمهور كرة القدم، وأُصبت بالهلع. كان عليَّ أن أمشي وسط هذا الحشد الكروي الهائل، وتعرضت لنوبة هلع وسط هذه المجموعة الضخمة من رجال كرة القدم وهم يهتفون.

أشعر بالسوء حيال ذلك لأن ما لا يقل عن اثنين أو ثلاثة من رجال كرة القدم اللطفاء جاؤوا إليَّ وقالوا لي: «أنت بخير حبيبتي؟» لكنني لم أستطع التنفس ولم أستطع قول أي شيء، وكنت أبكي وأنا مذعورة، لذا كان الأمر أشبه بـ «تبًّا لكم، ابتعدوا عني»، ثم اضطررت إلى الذهاب والجلوس على جانب الطريق ومحاولة الهرب بينما كان الجميع يسير أمامي. كان هذا الحشد الرهيب من الناس.

الآن أنا أفضل بكثير في تجنب مثل هذه المواقف من البداية. لقد أجريت الكثير من العلاج بالكلام للوصول إلى هذه النقطة. لذلك، ما دمتُ لست محاصرة في موقف ما، أشعر بالراحة ويمكنني التعامل مع كل ما هو قادم».

جانب واحد إيجابي (طفيف جدًّا) هو أن نوبات الهلع، على الرغم من شدتها، فإنها قصيرة العمر نسبيًّا. عادةً ما تتفاقم نوبات الهلع الحقيقية وتصل إلى ذروتها وتنتهي في غضون دقائق.

ومع ذلك، فإن تشخيص اضطراب الهلع لا يقتصر على المعاناة من نوبات الهلع. ينص الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية على أنه يجب أن يكون هناك شهر واحد على الأقل من القلق المستمر والمخاوف بشأن التعرض لنوبة هلع.

أو وجود تغييرات مستمرة في السلوك المرتبط بالنوبات، بمعنى أن يتصرف الأشخاص بشكل مختلف لأنهم منشغلون باستمرار باحتمالية التعرض لنوبة هلع.

أو القلق المستمر بشأن ما تعنيه نوبات الهلع: هل هي عرض لبعض المشكلات الصحية العميقة الجذور والخطيرة التي لم أكن على دراية بها؟ أشياء من هذا القبيل.

واحد من هذه الأعراض، أو كلها، أو مزيج منها هي المحكات الضرورية لتشخيص اضطراب الهلع، وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية.

ومع ذلك، فإن أحد الجوانب المثيرة للاهتمام في نوبات الهلع هو أنه في كثير من الأحيان لا يوجد سبب واضح، أو حادث محدد مثير لتلك النوبات[14]. يمكن أن تكون هناك أحداث أو مثيرات تؤدي إلى اندلاعها، بالتأكيد. ولكن وبالمثل، إن لم يكن أكثر من ذلك، لا يبدو أن هناك سببًا واحدًا واضحًا ومحددًا لها. بالطبع، بالنظر إلى مقدار ما يواجهه الشخص العادي في أي لحظة، يمكن أن يكون هناك حافز وراء كل نوبة، ولكن لا يكون واضحًا أو يمكن التعرف عليه بسهولة، لذلك لا يمكن تحديده، وفي كلتا الحالتين، فالوضع يرقى إلى نفس الشيء من الناحية العملية، أعني أن تجنب سبب نوبات الهلع لا يكون ممكنًا.

بشكل عام، إذن، غالبًا لا يوجد نمط يمكن التعرف عليه فيما يتعلق بكيفية حدوث نوبات الهلع ووقت حدوثها، الأمر الذي يميل إلى جعل الناس أكثر توترًا وقلقًا. يوضع المخ البشري بطبيعته تحت الضغط بسبب الأشياء التي لا يمكنه التنبؤ بها، لأن الأشياء التي لا يمكن التنبؤ بها والأشياء غير المؤكَّدة تمنعنا من توقعها والتعامل معها بشروطنا الخاصة، إنها تسلبنا السيطرة. *التهديدات* التي لا يمكنك توقعها أسوأ من التهديدات التي يمكنك توقعها. هذه هي الوصفة المثالية لزيادة النشاط في نظام اكتشاف التهديدات، وعندما يُزَاد نشاطه بالفعل، كما هو الحال في اضطراب القلق، فإنه يجعل كل شيء أسوأ. لا عجب أن يكون الشخص المصاب باضطراب الهلع منشغلًا دائمًا بالنوبات. إذا كنت لا تمتلك أي طريقة لتوقعها، فلماذا لا تكون مستعدًّا *لها باستمرار*؟

ومع ذلك فهناك بعض اضطرابات القلق التي لها بالفعل مثيرات أو أسباب واضحة وصريحة. وليت شعري لو كانت بذلك أسهل في التعامل معها.

ثبات اضطراب كرب ما بعد الصدمة

اضطراب كرب ما بعد الصدمة – (Post-Traumatic Stress Disorder PTSD) المعروف أيضًا باسم اضطراب ما بعد الصدمة، هو حالة يتعرض فيها شخص ما لحدث مروع لدرجة أن صحته النفسية والعقلية تتعرض لاضطراب حقيقي بعد هذا الحدث. تأثير الحدث يكون أكبر من أن يُعالَج ويُتَعامَل معه بشكل طبيعي. بشكل أكثر تحديدًا، اضطراب كرب ما بعد الصدمة هو معايشة حدث يتضمن تهديدات خطيرة للسلامة و/ أو حرمة الجسد، إما للشخص نفسه أو لشخص آخر. في الحالة الأخيرة، يشهد الشخص -وإن لم يكن متورطًا بشكل مباشر- الحدث، ولا يكون قادرًا على التصرف. في الأساس، يمكن أن تؤدي الأحداث المثيرة للغاية التي تنطوي على مشاعر شديدة من الخطر أو الرعب أو الانتهاك أو العجز، أو أي مزيج من هذه الأشياء، مثل مراقبة حادث سيارة بشع، إلى اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

ومع ذلك، ليست مجرد معايشة الحدث هي التي تؤدي إلى اضطراب كرب ما بعد الصدمة، فليس كل من عايش تجارب مزعجة للغاية يصاب باضطراب ما بعد الصدمة. فكر في الأشخاص المشتغلين في خدمات الطوارئ، مثل رجال الإطفاء والمسعفين، الذين يتعاملون مع الأحداث والمواقف المروعة كجزء من عملهم. يبدو أن العديد منهم قادرون على الاستمرار على الرغم من هذه الضغوطات، ربما يحميهم من ذلك تدريبهم وقدرتهم على التدخل والتصرف. على أي حال، يعاني بعض الأشخاص الآخرين تحملًا مع ما قد يعتبره مراقب خارجي حدثًا أقل كارثية أو عنفًا، ويصاب هؤلاء الأشخاص باضطراب كرب ما بعد الصدمة، بينما لا يصاب آخرون بمثل هذا الاضطراب إذا تعرضوا لنفس الحدث. ولكن، كما هو الحال دائمًا، الأمر ليس دائمًا بهذه البساطة.

على سبيل المثال، الشخص الذي يعيش بلا مأوى سيكون ولا شك قد عايش أحداثًا غير سارة أكثر من شخص ثري يعيش في قصر. ولذلك، قد تتوقع أن يكون الشخص الأول أكثر عرضة للإصابة باضطراب كرب ما بعد الصدمة. وبشكل عام، من الراجح أنك ستكون على حق.

من ناحية أخرى، العيش في الشوارع لا يكون بالضرورة نتيجة حادث صادم واحد، بل يكون نتيجة مصائب متعددة، وتدريجية. في حين أن هذا

لا يزال مروعًا، فمن غير المرجح أن يؤدي هذا إلى اضطراب كرب ما بعد الصدمة. لكن إذا انتهى الأمر بمالك القصر بمشاهدته، وكل ما بداخله، تنهشه النيران، بعد أن أفلت لتوه ناجيًا من النار، فسيكون ذلك مؤلمًا للغاية. ستكون صدمة كافية لتؤدي إلى اضطراب كرب ما بعد الصدمة. ربما.

يعيش الشخص الذي يسكن الشوارع بلا شك حياة أسوأ بكثير بشكل عام، ولكن لا يزال من الممكن أن يكون الشخص الثري الذي دمر منزله هو الذي يصاب باضطراب كرب ما بعد الصدمة. على أي حال، فإن ما يحدث لنا بعد الحادث الصادم هو الذي يعين اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وهذا ما تنبني عليه معايير التشخيص.

غالبًا ما يرتبط اضطراب كرب ما بعد الصدمة بذكريات الحدث التي تكون حية ومستمرة مع الشخص بشكل لا يصدَّق[15]. يستمر الناس في تذكر جوانب معينة من الصدمة بتفاصيل مؤلمة. أو يستمرون في الحلم بما حدث. أو يشعرون بقلق شديد عند مواجهة أي شيء يذكِّرهم بالتجربة، ولو بشكل غير مباشر. أو أي مزيج من هذه الأشياء معًا.

مثل هذه الأشياء منهكة بلا شك، لدرجة أن أولئك الذين يعانون اضطراب كرب ما بعد الصدمة غالبًا ما يمارسون سلوك التجنب (Avoidance Behavior)، حيث يتجنبون بنشاط، وعن غير قصد أيضًا، أي شيء يربطونه بالحادث الصادم. على سبيل المثال، إذا كانت الصدمة التي تعرضت لها تنطوي على حادث سيارة، فقد تتجنب بشدة أي شيء يتعلق بالسيارات. وكم تعتمد حياتنا المعاصرة على الحركة بالسيارات؟ أكثر مما نتخيل.

بفضل الاستدعاء الحي والمستمر للحدث، والذي يُطلَق عليه غالبًا اسم الذكرى الوامضة (Flashbulb Memory)[16]، يشعر الأشخاص المصابون باضطراب ما بعد الصدمة أنهم يعايشون صدمتهم باستمرار. حتى كلمة *التشتيت* لا تصلح في وصف حالتهم آنذاك. من المفارقات أن اضطراب كرب ما بعد الصدمة غالبًا ما يمنعك من تذكر تفاصيل معينة عن الحدث. يبدو أن مخك، في محاولة نبيلة للحفاظ على الذات، لن يسمح لك عمدًا بإعادة معايشة الصدمة المعروفة. لذلك، أحيانًا ما يمنعك اضطراب كرب ما بعد الصدمة من تذكر الحادث *إراديًا*، مما قد يكون مفيدًا لمعالجته والتصالح

معه، ولكنه يجعلك باستمرار تتذكره بشكل *لا إرادي*، عندما يقوم شيء ما من حولك بإثارة الذاكرة بشكل عشوائي، ذلك أسوأ ما في كلا العالمين.

غالبًا ما يؤدي اضطراب كرب ما بعد الصدمة إلى اليقظة المفرطة (Hypervigilance)، حيث تكون على استعداد دائم لإدراك أي شيء قد يهددك مهما كان غامضًا والاستجابة له. يبدو الأمر وكأنه بارانويا[1] (Paranoia)، وهناك في اضطراب ما بعد الصدمة جانب من ذلك بلا شك، لكنه يكون أكثر ثباتًا وقوة. يمكن اعتبار كرب ما بعد الصدمة في الأساس تضخيم نظام اكتشاف التهديدات الخاص بك بشدة ووضعه على عرش الهيمنة على معظم أفكارك وردود أفعالك. هذه هي العملية الرئيسية التي تحدث في معظم صور القلق، ولكن يبدو أنها تكون أقوى هنا، مما يجعل من الصعب على الأفراد دفعها أو قمعها، حتى مع بذل الكثير من الجهد. ويكون لهذا العديد من الآثار غير المباشرة، مثل صعوبة النوم، والانفعالية، وضعف التركيز، وأكثر من ذلك.

أحد الأشخاص الذين يعانون بشكل مستمر اضطراب كرب ما بعد الصدمة والعديد من آثاره المزعجة هو الممثل والكاتب والكوميديان بيثاني بلاك.

«*أنا لا أغادر المنزل كثيرًا حقًا. أذهب إلى العمل وأحيانًا أذهب إلى السوبر ماركت، وإذا فعلت ذلك، فيجب أن أضع سماعات رأس ونظارة شمسية، وأكون في صحبة هاتفي، حتى أتمكن من التركيز معه لمحاولة إخفاء أجزاء مما تبقى من العالم حولي لتقليل مستويات القلق.*

في حياتي اليومية، لا يمكنني حقًا الذهاب إلى أي مكان والقيام بأي شيء. يصبح هذا صعبًا نتيجة لذلك. لقد أثر فيَّ رهاب الخلاء[2] (Agoraphobia) الذي أصابني نتيجة لاضطراب كرب ما بعد الصدمة على هذا النحو، مما جعلني شديد اليقظة (Hypervigilant). لقد تغلغل فيَّ اضطراب ما بعد الصدمة وجعلني في وضع إذا أصبحت فيه خارج المنزل أكون على يقين من أن أي شخص في أي وقت يمكن أن يهاجمني. هذا لأن مخي أدرك أن هذا قد حدث في الماضي ومن المحتمل أن يحدث أيضًا في المستقبل.

(1) المعروف أيضًا بجنون الارتياب. (المترجم).

(2) انظر القسم التالي من نفس الفصل لتعرف أكثر عن رهاب الخلاء. (المترجم).

لا يمكنني أن أحذر تمامًا من وقوع هذا ولدي قدرة قليلة على معرفة كيف سيكون الأمر لو حدث. الأنواع التقليدية من تقنيات العلاج المعرفي السلوكي المتمثلة في الخروج من المنزل وغمر نفسي بما أنا خائف منه (Flooding)[1] *ووضعها بشكل متكرر في هذا الموقف لا يساعدني. علاوة على ذلك وبسبب بعض الإساءات التي تعرضت لها -إساءات لفظية، وإساءات لفظية عاطفية- قادني ذلك إلى الشعور بالبارانويا (الارتياب الشديد) بشأن جوانب معينة من كيفية تقديم نفسي وصوتي للآخرين، على سبيل المثال».*

تجارب بيثاني سيئة بما يكفي، لكنها لا تنتهي عند هذا الحد. أولئك الذين يتعاملون مع اضطراب كرب ما بعد الصدمة يمكن أن يواجهوا أيضًا مشكلات في قدراتهم الإدراكية. تصبح حواسهم مشوشة، وغالبًا ما تؤدي إلى أشياء مثل الهلوسة (Hallucinations). من المُسلَّم به أنه لا توجد العديد من الأعراض الفسيولوجية اللازمة لتصنيف اضطراب كرب ما بعد الصدمة، ولكن غالبًا ما تكون الآثار الجسدية المعتادة للقلق الشديد موجودة، وغالبًا ما تظهر في أثناء النوبات التي يعاني فيها الشخص الاستدعاء المؤلم للذكريات. يجب لجميع الأعراض الموصوفة هنا، وفقًا لمعايير التصنيف الدولي للأمراض، أن تحدث في غضون ستة أشهر من الحادث الأوليّ، على الرغم من أنه لم يُسمع من قبل عن تأخر ظهور الأعراض. يشير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية أيضًا إلى أن الأعراض يجب أن تكون موجودة لمدة شهر على الأقل[17].

أخيرًا، يمكن القول إن المخ المصاب باضطراب كرب ما بعد الصدمة هو المخ الذي أخذ في الأساس موقفًا دفاعيًا إلى أقصى الحدود. في حين أن مثل هذه الإجراءات الدفاعية من خلال نظام اكتشاف التهديدات تهدف إلى أن تكون مفيدة (من منظور البقاء التطوري)، فإن أي شخص يعاني اضطراب كرب ما بعد الصدمة سيخبرك أنها ليست كذلك حقًا. إنها مزعجة ومنهِكة بشكل لا يطاق.

---

(1) الغمر (Flooding) هي منهجية تعريض المريض لمصدر مخاوفه لفترات طويلة حتى يتمكن من التكيف معها أو التعود عليها، بعد أن يُعَد لذلك بتقنيات الاسترخاء (Relaxation Techniques) وطرق للتأقلم على ذلك (Coping Methods). وهذه منهجية شائعة إلى حد كبير، وإن كان نهجًا غير سارٍّ.

وهذا، من نواحٍ كثيرة، هو السبب الجذري لجميع اضطرابات القلق، على الأقل، وفقًا للأدلة المتاحة. ولكن قبل أن نصل إلى ذلك، هناك عدد قليل من اضطرابات القلق التي يجب أن نلقي عليها نظرة.

القلق الاجتماعي، والرُّهاب، وكل ما تبقى

ليست كل اضطرابات القلق موجودة على الدوام. بعضها أكثر تحفظًا وأكثر تحديدًا. ربما يكون *الرُّهاب* (Phobia) هو اضطراب القلق الأكثر شيوعًا. تشير بعض التقديرات إلى أن واحدًا من كل عشرين شخصًا في جميع أنحاء العالم لديه نوع من أنواع الرهاب[18]. قد تعاني أنت بنفسك أحد تلك الأنواع. الرهاب المحدد (Specific Phobia) هو ما تُصاب به عندما يكون لديك استجابة قلق شديدة مصاحبة للعديد من الأعراض الجسدية مثل ضيق التنفس، والارتجاف، والغثيان، والخوف الشديد، والذعر، عندما تواجه منبهًا (Stimulus) أو موقفًا محددًا.

هناك عدة فئات للرُّهاب. فهناك أنواع رهاب تأتي من الحيوانات: الخوف من الفئران والكلاب والثعابين والعناكب... إلخ. لقد سمعنا جميعًا عن رهاب العناكب (Arachnophobia)(1). ثم هناك رهاب من عناصر البيئة الطبيعية، مثل الخوف من الأشياء الموجودة بشكل طبيعي كالماء، في رهاب الماء (Aquaphobia)، أو المرتفعات، في رهاب المرتفعات (Acrophobia). الرهاب الظرفي هو شكل معترَف به من أشكال الرهاب الذي ينجم عن مواقف أو ظروف معينة، وأشهرها الخوف من الوجود في أماكن مغلقة، المعروف برهاب الأماكن المغلقة (Claustrophobia). هناك أيضًا رهاب الدم/الحقن/الإصابة، وهي مخاوف تأتي من تلك الأشياء بالضبط.

الخوف من المهرجين، أو أنواع معينة من الطعام، أو، لا أعرف، جزازات العشب؟ كل هذه الأنواع من الرهاب تقع تحت مظلة الرهاب «البسيط» (Simple Phobia)، لأنه من السهل نسبيًّا معرفة أسبابها. الرهاب الذي لا يتناسب مع أي من الفئات الرئيسية يسمى رهابًا «آخر».

---

(1) لقد كان هذا عنوان أحد أفلام هوليود على كل حال.

ثم هناك رهاب مركب (Complex Phobia). هناك نوعان يتطلب ذكرهما على وجه التحديد. النوع الأول هو الرهاب الاجتماعي (Social Phobia)، أو اضطراب القلق الاجتماعي (Social Anxiety Disorder)، وهو شائع بشكل لا يصدَّق[19]. نحن البشر كائنات اجتماعية بشدة، لذا فإن أجزاء كثيرة من مخنا موجهة نحو تكوين العلاقات والحفاظ عليها واكتساب استحسان الآخرين. يُعتقد أن هذا ينبع من تطورنا القَبَليّ (Tribal) في البريَّة، حيث جعلتنا قدرتنا ورغبتنا في العمل معًا والتعاون في مجموعات كبيرة، الكائنات المهيمنة على كوكب الأرض. لكن حقيقة أن بقاءنا يتوقف على كوننا جزءًا من مجموعة أكبر منا أثَّرت بشكل كبير على كيفية تطور مخنا، كما يتضح في الكثير من أنشطته الداخلية[20].

لدينا شبكات وعمليات متعددة مخصصة لتسهيل التفاعلات الاجتماعية والتواصل مع البشر، مثل المواجدة (Empathy) والتعرف على الوجوه (Facial Recognition)، وما إلى ذلك. تشتهر بعض الهرمونات العصبية (Neurohormones) كالأوكسيتوسين (Oxytocin) والفاسوبريسين (Vasopressin) في المقام الأول بخصائصها في تعزيز الروابط العاطفية بين الأفراد والحفاظ عليها. وترتبط أجزاء المخ التي تشارك بشكل كبير في معالجة العلاقات الاجتماعية، مثل الجسم المخطط (Striatum)، ارتباطًا وثيقًا بمسار المكافأة (Reward Pathway) -وهو الجزء من المخ الذي يصنع حرفيًّا مشاعر السعادة والرفاهية- وهو ما قد يفسر سبب شعورنا بهذه الراحة والمتعة عند تفاعلنا مع الآخرين في سياقات متعددة.

على الجانب الآخر، فقد تبين أن التعرض للطرد أو الرفض من قبل الآخرين، حتى ولو كانوا غرباء تمامًا، يسبب نشاطًا في تلك الأجزاء من المخ المسؤولة عن معالجة الألم، ومن ثم فإننا لا نتعامل مع الرفض بطريقة جيدة[21]. في الحقيقة، الكثير من أجزاء شبكة اكتشاف التهديدات والعمليات المتصلة بها مكرسة في أساسها لتتعرف على دلالات اجتماعية بطبيعتها. تعبيرات غاضبة، أصوات قاسية، آراء محتمَلة، مواطن إحراج، أشياء من هذا القبيل. يمكنك أن تكرر هذا القول عن أنك لا تأبه بآراء الناس كما تحب، لكن

التعرض للإهانة أو التعرض لأي شكل آخر واضح من أشكال الرفض، يؤلم بلا شك على المستويات الأولية الأساسية.

وبسبب كل ذلك، فإن العديد من الناس لديهم مخاوف وقلق حقيقي متجذر بشأن القيام بشيء ما -أي شيء- يمكن أن يؤدي إلى الإحراج أو الرفض أو المراقبة غير الإيجابية. ربما يكون التحدث أمام جمهور هو المثال الأكثر شيوعًا، ولكن يمكن أيضًا أن يكون هذا في التحدث عبر الهاتف، أو الدفع مقابل شيء ما لعامل الكاشير، أو تناول الطعام في الأماكن العامة. يمكن للناس أن يشعروا بقلق شديد لمجرد التفكير في مثل هذه الأشياء، ويحدث هذا كثيرًا[1].

عند التعرض لمسببات الرهاب، يعاني الناس دائمًا ما يشبه نوبة الهلع، فهما يشتركان في العديد من الأعراض نفسها؛ سرعة خفقان القلب، والارتجاف، والتعرق، والغثيان، والإحساس بالاختناق، واحمرار الوجه، أو الخوف من التقيؤ و/أو تلويث النفس. ومن المثير للاهتمام، أنه في حين أن الرهاب مزعج وغير سار، فإنه عادة ما يؤثر علينا فقط عندما نتعرض للموقف المحدد، أو المثير، الذي يثير تلك المخاوف.

على سبيل المثال، إذا كنت تعاني رهاب التحدث أمام الجمهور، فسوف تتعرض لنوبة إذا أُجبِرتَ على التحدث أمام الجمهور، لكنك ستكون قادرًا على التفاعل بشكل لطيف في أي موقف آخر، لذلك يمكنك أن تعيش حياة طبيعية. لكن هذا ليس سهلًا على الجميع. لنفترض أنك تعاني رهابًا شديدًا من الثعابين، لكنك تعيش في لندن. كم مرة سيمر أمامك أحد تلك الزواحف التي تسير على بطنها؟ لن يحدث ذلك مطلقًا تقريبًا. وبالتالي، حياتك لن تتأثر إلى حد كبير.

لكن لنفترض أنك تعيش في لندن وأنك تخاف بشدة من الطيور، وتحديدًا من الحمام.[2] تعج لندن بتلك الطيور. ستكون حياتك مرهقة للغاية لأنه في كل مرة تخرج فيها إلى الشارع، تشعر بالخوف والقلق، لأن تلك الكائنات

---

(1) في كثير من الأحيان مع الأشخاص الذين يعانون الرهاب، مجرد التفكير في الشيء يثير استجابة قلق وخوف. وهذا هو ما يسمى القلق الاستباقي (Anticipatory Aniety).

(2) كالكثير من الناس.

المكسوة بالريش التي تثير خوفك وقلقك موجودة في كل مكان. وإذا كان رهابك اجتماعيًّا، من المستحيل عمليًّا أن تحيا في العالم الحديث دون أن تتفاعل مع العشرات من الأشخاص بشكل منتظم، لذلك من المحتمل أن تصادف ما يثير خوفك في كثير من الأحيان. يصبح الأمر منهِكًا.

ثاني أنواع الرهاب المركب هو رهاب الخلاء (Agoraphobia). يعتقد الكثير من الناس أن رهاب الخلاء هو الخوف من الأماكن المفتوحة (حتى الاسم يوحي بذلك)، فهو مشتق من الكلمة اليونانية «*Agora*»، والتي تعني مكانًا عامًّا مفتوحًا (خلاء). لهذا السبب، يعتقد الكثيرون أنه نقيض رهاب الأماكن المغلقة. وهذا، أؤكد لك، خطأ كبير.

رهاب الخلاء هو في الأساس خوف عميق الجذور من أن بيئة معينة -أو موقفًا معينًا- غير آمنة، وأنك لن تكون قادرًا على الهروب منها.[22] يمكن لذلك أن ينطبق على الأماكن المفتوحة، أو الأماكن المغلقة، أو أن تكون جزءًا من حشد كبير، أو أن تكون في وسائل النقل العام، أو أي شيء من هذا القبيل. يبدو أن رهاب الخلاء هو مزيج من الرهاب الاجتماعي الشديد والرهاب الظرفي الشديد.

يُظهِر الأفراد المصابون برهاب الخلاء أيضًا سلوكيات تجنبية واضحة (Avoidance Behaviors)، حيث يبتعدون عن أي شيء، أو أي مكان، أو أي شخص، يمكن أن يتسبب لهم في إثارة نوبة. ولكن مع رهاب الخلاء، فإن مجموعة المثيرات المحتمَلة واسعة جدًّا، لدرجة أن الأفراد المصابين به غالبًا ما ينتهي بهم الأمر بالالتصاق الشديد بالمكان الآمن الوحيد لهم، وهو منزلهم. وفي بعض الحالات الشديدة، لا يمكن للبعض المغامرة والخروج من المنزل إلا بصحبة شخص يثقون فيه ويشعرون معه بالأمان، وحتى في هذه الحالة يكون الأمر صعبًا. ويكافح آخرون من أجل القيام فقط بهذا الأمر. وبالتأكيد، إذا كان شخص ما لا يستطيع تحمل مغادرة منزله، فمن السهل أن يُساء فهم ما يمر به على أنه يخاف من الأماكن المفتوحة، ولذلك يستمر الالتباس على الناس.

يشترك رهاب الخلاء أيضًا مع اضطراب الهلع في الكثير من الأشياء، نظرًا إلى وجود الكثير من الأعراض المتشابهة جدًّا بينهم؛ القلق والخوف، والانشغال والخوف من حدوث نوبة أو صرعة. سمعنا من بيثاني بلاك عن

معايشته لرهاب الخلاء علاوة على اضطراب كرب ما بعد الصدمة وأشياء أخرى. حتى إن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية يذهب إلى حد التمييز بين اضطراب الهلع *المصحوب* برهاب الخلاء واضطراب الهلع غير *المصحوب* برهاب الخلاء.

على حد فهمي، فإن الاختلاف الرئيسي بينهما هو أن رهاب الخلاء ينطوي على رد فعل قلِقٍ قويٍّ يثيره الشعور بالعجز والحبس، والذي يمكن أن يشعر به الشخص في أي مكان تقريبًا، في حين أن اضطراب الهلع هو الانغماس في نوبات هلع غير متوقَّعة، والقلق المستمر بشأن احتمال حدوثها. ولكن فيما يتعلق بكيف يتأثر المصابون بهذه الأشياء، فإن الأمر يبدو متشابهًا جدًّا إذا نظرنا إليه من الخارج، ومن ثم يجب أن يكون التشخيص محددًا تمامًا ليعكس ما يعانيه الشخص حقًّا.

وأخيرًا، هناك اضطرابات أخرى تستحق أن نذكرها ذكرًا شرفيًّا في هذا الفصل الذي يتحدث عن القلق. اضطراب الوسواس القهري (Obsessive-Compulsive Disorder – OCD)، الـ OCD الشهير، كان يُعتبَر اضطراب الوسواس القهري سابقًا اضطراب قلق، بسبب القلق الشديد الذي يعانيه المصابون به الذين لا يستطيعون إرضاء أو قمع الأفعال القهرية التي يعانونها، أيًّا كانت ماهيتها. ومع ذلك، فإن أحدث إصدار من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، الإصدار الخامس، DSM-5، لم يعد يُدرَج الوسواس القهري فيه على أنه اضطراب قلق[23]. وأصبح لديه الآن فئته الخاصة من اضطرابات «الوسواس القهري وما يتصل بها» (Obsessive-Compulsive and Related Disorders)؛ تظهر البيانات الحديثة أن آليات المخ الأساسية التي تسبب الوسواس القهري تختلف بشكل ملحوظ عن تلك التي يُعتقد أنها مسؤولة عن معظم اضطرابات القلق.

يبدو أن القلق الذي يعانيه المصابون كجزء من اضطراب الوسواس القهري، على الرغم من بروزه، فإنه يعتبَر ثانويًّا مصاحبًا للسبب الجذري للمشكلة، وليس هو المشكلة نفسها. على الأقل، هذا ما تقترحه أحدث الأدلة. تختلف الآراء حول هذا الموضوع، لكن هذا يكفي لأترك هذا الموضوع جانبًا في الوقت الحالي.

على نحو مماثل، هناك اضطراب قلق الانفصال (Separation Anxiety Disorder)، حيث يُصاب الفرد بقلق شديد عند الانفصال عن شخص معين أو مكان معين. يمكنك أن تزعم بأن الحنين إلى الوطن (Homesickness) هو تَجلٍّ شائع ومبسط لما نتحدث عنه. ومع ذلك، في حين أن اضطراب قلق الانفصال شائع نسبيًّا لدى البالغين، إلا أنه يظهر في الغالب عند الأطفال الصغار جدًّا، وهذا يتضمن الكثير من الاعتبارات المستقاة من علم نفس الطفل والنمو وعلم الأعصاب، وهي قضية أخرى كاملة ليس لدينا مساحة لتغطيتها على وسعها في الوقت الحالي.

كما ذكرنا سابقًا، الحدود بين ما يعتبَر اضطرابًا للقلق وما لا يعتبَر اضطرابًا يمكن أن تتذبذب كثيرًا، وهذا غالبًا ما يعود في أصله إلى المعايير الغامضة لما قد يعتبَر مشكلة صحية نفسية أو عقلية. ومع ذلك، فإن هذه المناقشة تخاطر بجرِّنا مرة أخرى إلى المناقشات الفلسفية والأيديولوجية المتعلقة بالصحة النفسية والعقلية، والتي لن تنتهي في أي وقت قريبًا. لذا دعنا ننتقل إلى شيء أكثر مادية. على وجه التحديد، ما الذي يحدث داخل المخ عندما نعاني القلق العيادي؟

المواد الكيميائية العصبية المتعلقة بالقلق

لقد غطينا بإسهاب أنواع المواد الكيميائية التي تعمل في المخ، بشكل عام، وفي أثناء الاكتئاب. إذًا، هل هناك مادة كيميائية معينة، أو مجموعة من المواد الكيميائية، التي ترتكز عليها عملية القلق؟

من جوانب كثيرة، لا. القلق، مثله مثل أي تجربة معرفية معقدة بصورة خرافية، لا يمكن اختزاله أو تفسيره حصرًا من خلال أفعال كيميائية بسيطة. ولكن، وبعد أن أوضحت هذا، فهناك بعض المواد الكيميائية التي تستحق أن يُلقى عليها الضوء، وبخاصة لأنها جزء كبير من سبب كون القلق شيئًا مزعجًا للغاية ومنهكًا لصحتك، النفسية والجسدية.

يصف معظم الناس تلك المواد الكيميائية بهرمونات الضغوطات (Stress Hormones)، تلك المواد الكيميائية التي تُضَخ في أجسادنا بواسطة ذلك المخ الذي يتنبَّه للتهديدات والمخاطر بفضل نظام اكتشاف التهديدات، وهو أمر قد ناقشناه باستفاضة. غالبًا ما تعتبَر مادة الكورتيزول الكيميائية[24]

هي هرمون الضغط، حيث تُطلَق في مجرى الدم لدينا بجرعات عالية بشكل ملحوظ في أوقات الضغوطات، ولها العديد من التأثيرات الفسيولوجية المثبَّتة على أنسجتنا وأعضائنا. إذا أردنا الإنصاف، فإن مادة الكورتيزول في الواقع تعتبَر مادة واحدة فقط من عدد من المواد الكيميائية المماثلة لها، والتي تسمى الجلوكوكورتيكويدات (Glucocorticoids)، لكن الكورتيزول هو المادة التي تحظى بأكبر قدر من الاهتمام، ولذلك يمكننا أن نعتبره المتحدث الرسمي باسم المواد الكيميائية المسؤولة عن الضغوطات.[25]

ولذلك، فالكورتيزول هو إحدى الإشارات الكيميائية التي تُعِد الجسد والمخ للتعامل مع المحن والتحديات المحدقة. وهو يؤثر أيضًا على عملية الأيض[(1)] (Metabolism) لدينا، مما يجعلنا نمتص الجلوكوز، ومصادر الطاقة الأخرى، ونحتفظ بها بشكل أفضل. هذا يبدو منطقيًّا؛ إذا كنت على وشك مواجهة شيء صعب أو خطير، فأنت لا تريد المخاطرة بنفاد طاقتك قبل أن تنتهي من مهمتك.

يقوم الكورتيزول أيضًا بقمع جهاز المناعة. وقد يبدو هذا نتيجة عكسية لما قد نتوقعه، لأنه، ألا يحمينا الجهاز المناعي، ويبقينا على قيد الحياة؟ نعم، ولكن على الرغم من أن الجهاز المناعي الفعال شيء حيوي، فإن الاستجابة المناعية للإصابة أو العدوى تسبب التورم والتهيج والآلام. أنت لا تريد ذلك أن يحدث في أثناء مواجهة تهديد ما، لأن ذلك لن يزيدك إلا بطئًا. ومن ثم فإن الكورتيزول، المادة الكيميائية المسؤولة عن الضغوطات، يثبط استجابة جهاز المناعة.

للكورتيزول العديد من التأثيرات الأخرى على عملية الأيض لدينا، ثم إنه يؤثر أيضًا على المخ، فيعزز، على سبيل المثال، تكوين الذكريات والتركيز، وذلك لأنك إذا كنت تواجه الأخطار، فأنت لا تريد أن يتشتت انتباهك، أو تنسى ما تعلمته عن تلك الأخطار، لأن هذا النوع من الأشياء قد يحدث لك مرة أخرى.

---

(1) عملية الأيض عبارة عن مجموعة من التفاعلات الكيميائية في خلايا الكائن تحافظ على الحياة. الأهداف الرئيسية الثلاثة للأيض هي تحويل الغذاء/الوقود إلى طاقة لتشغيل العمليات الخلوية، وتحويل الغذاء/الوقود إلى وحدات بناء للبروتينات، والدهون، والأحماض النووية، وبعض السكريات، وإزالة الفضلات الأيضية النيتروجينية. (المترجم)

وهناك أيضًا الأدرينالين، هذا الهرمون المعروف الذي يتدفق في مجرى الدم عندما نشعر بالخوف أو الإثارة أو القلق. ببساطة، عندما يُطلق نظام اكتشاف التهديدات لدينا إنذارًا، يبدأ الأدرينالين في التدفق. فيزيد من معدل ضربات القلب وصلابة العضلات وقوتها، وقد أظهرت الكثير من الدراسات أنه يؤثر على المخ عن طريق تعزيز الذكريات وتسهيل استرجاعها.[26]

ويبدو أيضًا أن الأدرينالين يزيد من المشاعر السلبية، فالأدرينالين لا يُفرَز استجابةً للخوف فحسب، بل يُبقينا الأدرينالين خائفين/قلقين/متوترين.[27] وهذه إحدى الطرق التي يمكن من خلالها أن تكون استجابة القلق ذاتية الاستدامة (Self-Sustaining). بعبارات أخرى، الشعور بالقلق يبقينا قلقين. تذكَّر هذا. سيأتي الحديث عن ذلك مرة أخرى قريبًا.

تكمن المشكلة في أن هذه المواد الكيميائية، وما شابهها من المواد، بمنطق التطور، تهدف إلى مساعدتنا في مواجهة التهديدات. وهذا أمر رائع ومفيد للغاية. ولكن كما ناقشنا ذلك سابقًا، بالنسبة إلى معظم تاريخنا البشري، فإن هذه التهديدات، للأفضل أو للأسوأ، اختفت. النقطة المهمة هي أن هرمونات الضغوطات، مثل الكورتيزول والأدرينالين وما إلى ذلك، مخصصة للاستخدام على المدى القصير فقط(1). تبدأ المشكلات في الحدوث عندما تستمر الأشياء قصيرة المدى في الوجود لفترات طويلة. يشبه الأمر كيف أن ترك محرك السيارة يعمل طوال الليل سيؤدي إلى استنفاد الوقود وزيادة تآكل وتلف السيارة بشكل كبير، مما يزيد من احتمالية حدوث المشكلات والأعطال. إن وجود الكورتيزول والأدرينالين في أجسادنا يعني أننا نعايش آثارهما على المدى الطويل، مما يعني أنهما يتوقفان عن إمدادنا بفوائدهما، ويبدآن في إحداث الأضرار.

وجود الكورتيزول بشكل مستمر يعني أن عملية الأيض لدينا تظل موجهة للحفاظ على الطاقة، عن طريق الاحتفاظ بالسعرات الحرارية في الأساس، لذلك نزيد وزنًا. تظل أجهزتنا المناعية مكبوتة، لذلك يستغرق التئام الجروح والالتهابات وقتًا أطول من المعتاد. تظل عضلاتنا مشدودة وضغط دمنا مرتفع، مع وجود كل ما يصاحب ذلك من مخاطر صحية. تظل أمخاخنا في

---

(1) بقدر ما يمكننا القول بأن أيًا من عمليات التطور اللاواعية مخصصة لحدوث شيء ما.

حالة تأهب وتركيز، ومن ثم لا نستطيع النوم أو الاسترخاء، ونبقى دائمًا على حافة الانهيار.

هل تبدو تلك الأعراض مثل أعراض القلق بالنسبة إليك؟ ينبغي ذلك. مع بقاء مثل هذه المواد الكيميائية المسبِّبة للضغوطات في أنظمتنا الجسدية، يمكننا أن نبدأ في إدراك كيف ولماذا يكون لاضطرابات القلق الكثير من الأعراض الجسدية.

هناك مواد كيميائية أخرى حظيت بالاهتمام مؤخرًا أيضًا، مثل «الببتيد العصبي Y» (Neuropeptide Y)، وهو مادة كيميائية أخرى تتعلق بالضغوطات، وتلك المادة تطلقها اللوزة المخية (Amygdala) مباشرة. تلعب تلك المادة أيضًا العديد من الأدوار عند الحديث عن الضغوطات،[28] ولكن إحدى الخصائص الملحوظة لتلك المادة هي أنها من المُشهِّيات[29].(Orexigenic) أي، بلغة بسيطة، مادة فاتحة للشهية[(1)].

ظاهرة الأكل الناجم عن الضغوطات؟ هذا قد يفسر ذلك. بالطبع، مع زيادة «الببتيد العصبي Y» من تناولنا للطعام، وزيادة الكورتيزول في رغبتنا في الاحتفاظ بالسعرات الحرارية، فلا عجب أن يؤدي الضغط والقلق إلى زيادة سريعة في الوزن.

وما الذي يتحكم في إطلاق الكورتيزول؟ صديقنا القديم المحور الوطائي النخامي الكظري (HPA). وماذا عن الأدرينالين؟ هل سيكون صادمًا أن نعرف أن المحور الوطائي-النخامي-*الكظري*[(2)] يتحكم أيضًا في إفراز الأدرينالين؟ وما الذي يجعل هذا المحور يضخ المواد الكيميائية المرتبطة بالضغوطات هذه في أجسادنا وأمخاخنا؟ عادة، اللوزة المخية. لذلك، فإن فرط نشاط اللوزة المخية يسبب كل هذه المشاعر السلبية المخيفة، والتي

---

(1) ومن هنا جاء مصطلح *فقدان الشهية* (*Anorexia*) بمعنى انعدام الشهية.

(2) يطلق على الغدة الكظرية باللغة الإنجليزية *Adrenal* gland أو غدة الأدرينالين حرفيًا، ولذلك أكد الكاتب على ذكر أن المحور الوطائي النخامي الكظري The Hypothalamic-Pituitary-*Adrenal* Axis هنا وهو يتحدث عن إفراز الأدرينالين. (المترجم).

تطلق كل هذه المواد الكيميائية المسببة للضغوطات، مما يؤثر علينا بعمق على المستويين الجسدي والنفسي.

وبعد أن أوضحنا كل هذا، فيمكن لذلك كله أن ينطبق بسهولة على أي فترة معتادة وطويلة من الضغوطات، وهذا شيء شائع جدًّا بالنسبة إلى الكثيرين. لا يلزم الأمر أن يكون اضطراب قلق رسميًا حتى يكون الوضع سيئًا بالنسبة إلينا. إذًا، كيف ولماذا يحدث *اضطراب* القلق؟ كيف ولماذا تصبح اللوزة خارجة عن السيطرة لهذا الحد؟

القلق الناجم عن فقدان السيطرة

إذا قبلنا أن القلق يرجع إلى حد كبير إلى فرط نشاط اللوزة المخية مع عدم قدرة قشرة الفص الجبهي بطريقة ما على كبح جماحها. . . فلماذا يحدث هذا إذًا؟ حسنًا، هاتان المنطقتان من المخ، في أفضل الأوقات، تتأرجحان معًا بصورة مقلقة، تميل الكفة مرة هنا ومرة هناك، وتتصارعان بعضهما ضد بعض باستمرار، وتتنافسان على الهيمنة. تقرَّر هيمنة إحداهما عادة عن طريق ما يحدث في ذلك الوقت، عن طريق الوضع الذي نكون بصدده. ولكن في مشكلات القلق المزمن (Chronic Anxiety)، يختل هذا التوازن، ويبدو أن قشرة الفص الجبهي تتعرقل، مما يفتح المجال أمام اللوزة لتعيثَ فسادًا، مسببة التوتر والخوف والذعر والقلق غير ذي الجدوى بلا داع.

لماذا؟

حسنًا، من الواضح أنه يمكن أن يكون هناك العديد من العوامل التي تساهم في ذلك. نحن نتحدث عن المخ على كل حال. إلا أن هناك بعض الاحتمالات المثيرة للاهتمام تطرحها الأدلة المتاحة.

قد تعتقد أن ذلك يحدث بسبب أن الروابط بين اللوزة المخية وقشرة الفص الجبهي، تلك التي ستحتاج إليها المنطقة الأخيرة، منطقيًّا، لإرسال إشارات لتتحكم في المنطقة الأولى وتنظمها، قد انخفضت أو قيِّدت بطريقة ما. لقد رأينا سابقًا في الفصل الثاني أن مدى فعالية المخ في قيامه بشيء ما غالبًا ما تُحَدَّد عن طريق مدى جودة الوصلات بين المناطق المشاركة في تلك العملية المحددة. لذلك، من الناحية المنطقية، إذا كانت الوصلات بين قشرة

الفص الجبهي واللوزة المخية غير كافية أو مقيدة، فسيواجه هذا المخ بالذات صعوبة أكبر في إبقاء اللوزة تحت السيطرة، وبالتالي سيكون أكثر عرضة للقلق. أليس كذلك؟

بالتأكيد يمكن أن يكون الأمر كذلك لبعض الناس. ربما يرجع الأمر إلى صدفة جينية عفوية أو حدث ضار في أثناء النمو أدى إلى كون قشرة الفص الجبهي ليست مرتبطة تمامًا باللوزة المخية كما ينبغي. ولكن هناك الكثير من البيانات التي تظهِر أن الأشخاص الذين يعانون القلق لديهم روابط *أكثر* بين قشرة الفص الجبهي واللوزة، وليس روابط أقل.[30]

قد يبدو الأمر غريبًا، لكن تذكر أن المخ ليس عضوًا جامدًا؛ إنه يتغير ويتكيف باستمرار. وعلى هذا النحو، إذا جعلته يفعل شيئًا ما باستمرار، فغالبًا ما ستزداد أجزاء المخ المسؤولة عن هذا الشيء وستنمو استجابة لهذا. يتمتع سائقو سيارات الأجرة ذوو الخبرة في لندن بمناطق مخية أكبر للتنقلات المكانية، وعازفو البيانو في الحفلات الموسيقية يتمتعون بمناطق مخية أكبر للتحكم الدقيق في الإصبع. والأشخاص الذين يعانون القلق لديهم المزيد من الروابط بين قشرة الفص الجبهي واللوزة، ربما لأنهم يقضون وقتًا أطول من أي شخص يحاولون إخراس اللوزة!

إن المحاولة الواعية والمستمرة *والنشطة* لقمع أو تقييد آثار اللوزة يعني منطقيًّا أن هناك الكثير من النشاط السائر بينها وبين قشرة الفص الجبهي. تعني المرونة العصبية (Neuroplasticity) للمخ أن الروابط المسؤولة عن هذا النشاط ستُعتبَر أكثر أهمية، لذا يجب تنميتها وتعزيزها. وبالتالي، ينتهي بنا الأمر بوجود المزيد منهم.

هل سمعت من قبل عن أسطورة سيسيفوس (Sisyphus)؟ الملك المخادع، الملعون من قِبل الآلهة اليونانية بدفعه صخرة كبيرة إلى أعلى التل، فقط ليتركها تتدحرج من جديد إلى أسفل، ويعود لدفعها إلى أعلى، وهكذا، إلى الأبد؟ قد تفترض أنه بعد أسابيع قليلة من ذلك، سيكون سيسيفوس في حالة بدنية جيدة جدًّا. التمرين المستمر الذي لا هوادة فيه يعني أن عضلاته ستصبح أكبر بكثير. باستخدام المصطلحات الحديثة، ربما كان سيسيفوس فحلًا. لكن... لم يؤثر هذا في أي شيء، أليس كذلك؟ ظلت الصخرة تتدحرج

إلى أسفل على أي حال. وبالمثل، يمكن أن يكون لقشرة الفص الجبهي كل الروابط التي تود أن تمتلكها مع اللوزة. لكن إذا لم تستجب اللوزة للإشارات التي تخبرها بالتوقف عن التسبب في التوتر والخوف، فلن يكون لتلك الروابط أي فائدة.

لذا، يبدو أن شيئًا آخر يحدث هنا، شيء يجعل الإشارات القادمة من قشرة الفص الجبهي أقل فعالية.

توقف. جاء الجابا! الدور الحيوي للمواد الكيميائية المثبطة

في وقت سابق، تعرفنا على الجلوتامات، الناقل العصبي (Neurotransmitter) الذي يتسبب في معظم الإثارة التي تحدث في المخ. مع وجود مثل هذا الناقل العصبي الفعال بوفرة في المخ، كيف يمكن للمخ التوقف عن فعل أي شيء؟ حسنًا، هناك ناقل عصبي آخر له تأثير معاكس. فبدلًا من تحفيز الخلايا العصبية وجعلها تولِّد المزيد من الإشارات لجعل الأشياء تحدث، فإنه يثبطها. يأمر الخلايا بالتوقف عن إرسال الإشارات، وتجاهل أي ناقل عصبي يطلب منهم خلاف ذلك. الاسم الرسمي للناقل العصبي الذي نتحدث عنه هو حمض الجاما-أمينوبيوتيريك (Gamma- Amino-Butyric-Acid)، لكن الجميع يطلق عليه جابا (GABA). الجابا هو ناقل عصبي مثبط رئيسي (Major Inhibitory Neurotransmitter) في المخ. هو، والخلايا العصبية التي تستخدمه، عناصر المخ التي تخبر أجزاء المخ الأخرى، «لا، توقف عن فعل ذلك».

هذا دور مهم للغاية. فكر في المخ كشبكة طرق في مدينة شاسعة ومزدحمة. خلايا جابا العصبية هي إشارات المرور الحمراء. نعم، إنه أمر مزعج أن يوقفك أحدهم إذا كنت ترغب في الوصول إلى مكان ما، لكن تخيل المجازر التي ستحدث دونهم. يبدو أيضًا أن الجابا يعمل بشكل مختلف عن معظم النواقل العصبية.[31] فهو يعدِّل بشكل فعال خصائص غشاء الخلايا العصبية، مما يجعلها أكثر مسامية، مما يسمح لمزيد من الأيونات المشحونة بالعبور ذهابًا وإيابًا داخل الخلية وخارجها، وهكذا. على عكس معظم النواقل العصبية، فإن هذا لا يغير جهد غشاء الخلايا العصبية. لكنه يجعل تغيير الجهد أكثر صعوبة، وتلك خطوة أساسية في نشاط الإشارات العصبية.

أتذكر عندما قارنت الإشارات في الخلايا العصبية بالموجات الموجودة على سطح بركة الماء؟ حسنًا، يعمل الجابا بشكل أساسي على تجميد سطح الماء. لا يزال بإمكانك اختراق طبقة الثلج المكونة، لكنك ستحتاج إلى صخور أكبر وأصلب وأثقل. لا يمكن أن يكون للحصوات الصغيرة، التي هي الناقلات العصبية المثيرة الطبيعية، نفس التأثير الذي تسببه عادة. تُقمع الخلايا العصبية وتُغلَق بشكل فعال. هذا هو ما شرحه لي مدرس الأحياء القديم الخاص بي على أي حال.

يلعب الجابا دورًا بارزًا في جميع أنحاء المخ، لأن معظم العمليات العصبية تحتاج إلى نوع من التحكم. وعلى ذلك، وكما هو متوقع، يلعب الجابا دورًا رئيسيًّا في تنظيم ردود الفعل العاطفية، لا سيما إيقاف ردود الفعل المفرطة. لسوء الحظ، بدأنا كمجتمع علمي لتونا في فهم الآليات المحددة لكيفية تحكم الجابا في التجارب العاطفية، أو أي شيء آخر تقريبًا. ولكن لا تزال هناك بعض النتائج المثيرة للاهتمام التي يجب مراعاتها. على سبيل المثال، هناك خلايا جابا عصبية *داخل* اللوزة. جزء من اللوزة، يسمى النواة القاعدية (Basolateral Nucleus)، غني بخلايا الجابا العصبية، ويمتد هذا إلى أجزاء أخرى من اللوزة، للحد أو القمع من النشاط المتولد فيها.[32]

يمكنك القول إن هذا هو مفتاح «إيقاف تشغيل» اللوزة. وتشير الأبحاث إلى أن العديد من الإسقاطات العصبية القادمة من قشرة الفص الجبهي ترتبط بهذه المنطقة. يُفترَض أن هذه هي الطريقة التي تمارس بها الأجزاء الأكثر ذكاءً من مخك السيطرة على الأنشطة العاطفية الأكثر بساطة التي تنتجها اللوزة.

هناك أيضًا الكثير من خلايا الجابا العصبية في قشرة الفص الجبهي،[33] وذلك لأن الكثير من النشاط يحدث هناك، في محاولة لفهم كل ما يحدث في المخ، والكثير من هذا النشاط سيكون غير مفيد أو غير ضروري. تُبقي خلايا الجابا العصبية الأمور تحت السيطرة هناك أيضًا. هذا صحيح بشكل خاص بالنسبة إلى ردود أفعالنا على المثيرات العاطفية. تحدد قشرة الفص الجبهي أي الاستجابات العاطفية معقولة وأيها غير معقولة. يلعب نظام الجابا دورًا رئيسيًّا في هذه العملية.

لكن إليك نقطة مهمة: لا يعمل الجابا ببساطة افعل-لا تفعل، تشغيل-إيقاف، فالجابا على الأحرى له وظائف عديدة ومتنوعة ودقيقة أكثر من ذلك. الأمر ليس كما لو كان هناك شخص يضغط على المكابح، ويوقف كل شيء. في كثير من الأحيان، يقوم الجابا بتطوير وتعديل النشاط الرئيسي في المخ، لذلك فهو أشبه بالنحات الذي يقوم تدريجيًا وبدقة في النحت على قطعة من الرخام، ليكشف لنا عن تمثال رائع دقيق التفاصيل راقٍ. لكن تخيل لو تمت إعاقة نظام الجابا بطريقة ما. تخيل لو انطفأت كل إشارات المرور الحمراء فجأة. من السهل أن ترى كيف سيؤدي هذا سريعًا إلى حدوث الكثير من المشكلات.

يعتقد الكثيرون أن هذا ما يحدث في حالة القلق.[34] تتعطل بطريقة ما الخلايا العصبية الجوهرية في نظام الجابا، تلك التي تحافظ على عمل كل شيء في المخ بسلاسة. إذًا خلايا الجابا العصبية، تلك التي تبقي اللوزة تحت السيطرة، تلك التي تعتمد عليها قشرة الفص الجبهي للحفاظ على السيطرة، أصبحت لا تعمل كما ينبغي. هذا هو السبب في أن عدد الوصلات الخارجة من قشرة الفص الجبهي لا تعني تلقائيًا انخفاض مستويات القلق. لا يهم كم عدد المرات التي تضغط فيها على مفتاح إيقاف التشغيل إذا كان المفتاح نفسه لا يعمل.

هذا الاضطراب في نظام الجابا، إذا كان يؤثر أيضًا على خلايا الجابا العصبية الرئيسية الموجودة في قشرة الفص الجبهي، يمكن أن يؤدي كذلك إلى تحريف معالجة المعلومات العاطفية، ربما يفعل ذلك بتضخيم مدى قوة المشاعر، ولا سيما مشاعر الخوف والقلق، في الأجزاء الأكثر وعيًا من المخ. في الواقع، إذا عُرقِل نظام الجابا في جميع أنحاء المخ، فمن المتوقع أن ترى المزيد من النشاط في المخ بشكل عام. لقد غادر المعلم الفصل، وبدأ الأطفال المشاغبون يركضون في البرية.

القلق هو، على المستوى الأساسي، زيادة في النشاط يحدث في مناطق رئيسية من المخ. على سبيل المثال، يمكن أن يتسبب عقار الكيتامين، الذي تحدثنا عنه سابقًا في سياق كيفية إثارته القوية لنظام الجلوتامات، في حدوث إرباك حسي لمن يتعاطاه (Sensory Disruption) حتى ولو لم يأخذ

إلا جرعة متوسطة منه.[35] تلك المشكلات الحسية تشبه إلى حد كبير تلك التي يعانيها الأشخاص المصابون باضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD).

عندما يكون للعقار الذي يزيد نشاط المخ بقوة نفس العواقب الناجمة عن اضطراب قلقٍ حقيقي، فمن الصعب عدم القول بأن هناك آلية مماثلة تعمل في كليهما. وربما كما قد نتوقع، يمكن أن يؤدي اضطراب نظام الجلوتامات إلى زيادة نشاط المحور الوطائي النخامي الكظري، صديقنا القديم الذي يسبب العديد من العواقب الجسدية والنفسية للضغوطات طويلة الأمد. ولكن، مرة أخرى، كل إجابة لا تفتح لنا إلا أبوابًا للمزيد من الأسئلة. إذا كان اضطراب نظام الجابا هو الذي ينتج عنه كل هذا النشاط التخريبي للّوزة والذي يؤدي إلى جميع مشكلات القلق، فلماذا يحدث خلل في نظام الجابا في المقام الأول؟

أحد الاحتمالات هو أن الأمر يعود إلى الستيرويدات العصبية (Neurosteroids).

الستيرويدات ودورها في القلق

الستيرويدات العصبية (Neurosteroids)، مجموعة معقدة للغاية من المواد الكيميائية التي لها العديد من الأدوار المتنوعة، فضلًا عن الأسماء الطويلة والمعقدة التي من شأنها أن تجعل هذا الكتاب أكثر إرباكًا إذا قمت بالحديث عنها هنا. تُنتَج الستيرويدات العصبية، كما يوحي الاسم، في جميع أنحاء المخ، عادةً عن طريق الخلايا الدبقية (Glia)، تلك الخلايا الداعمة الملتصقة بالخلايا العصبية والتي تحافظ عليها وتحميها(1).

في الأساس، تعد الستيرويدات العصبية جزءًا لا يتجزأ من دور الخلايا الداعمة في الحفاظ على عمل الخلايا العصبية وخصائصها المحددة. ولكن يُعتقد أيضًا أنها غالبًا ما تحض التغييرات التي تسمح للخلايا العصبية بالتكيف والتحور. بشكل أساسي، تلعب الستيرويدات العصبية دورًا رئيسيًّا في المرونة العصبية.[36] يتطلب الأمر كتابًا آخر كاملًا لاستكشاف عمل الستيرويدات العصبية في المخ بالتفصيل، ولكن في هذا السياق، يبدو أنها تلعب دورًا رئيسيًّا في الحفاظ على خلايا الجابا العصبية وعملها.[37] من خلال

(1) لقد ذكرت في الفصل الثاني أنني لن أتحدث عنهم مرة أخرى، لكن اتضح لي أنني كنت مخطئًا. آمل أن تسامحني في هذا.

التفاعلات المعقدة مع مستقبلات معينة، تقوم بعض الستيرويدات العصبية بتعديل أو تحسين عمل خلايا الجابا، وفقًا لما هو مطلوب.

وإليك النقطة الرئيسية: تشير الأدلة إلى أن الستيرويدات العصبية تعزز وتقوي نظام الجابا في أثناء الضغوطات *الشديدة المفاجئة* (Acute Stress)، تلك الضغوطات العاجلة والجسيمة. لكن يبدو أن الستيرويدات العصبية تتراجع وتتوقف عن الحفاظ على خلايا الجابا العصبية استجابةً للضغوطات المزمنة طويلة الأمد[38].

لماذا؟ حسنًا، ربما يكون ذلك نتيجة أخرى لحقيقة أن نظام الضغوطات الخاص بنا لم يُصمَّم ليعمل على المدى الطويل. ربما تنفد الستيرويدات العصبية من الخلايا الداعمة، مما يجعلها غير قادرة على توفيرها والإمداد بها في ظل وجود هذا الطلب المستمر لهذا. وبينما يعني الذكاء البشري القوي أننا يمكننا البقاء قلقين ومتوترين لفترات طويلة، فإن هذا أمر لا يُحتمل على المستوى الخلوي الأساسي. وعلى ذلك، ينخفض مستوى الستيرويدات العصبية، ويعاني بذلك نظام الجابا المُثبِّط، ولا يُكبَح نشاط المخ الزائد الناتج عن الخوف والقلق، ويصبح القلق والضغط والخوف مستمرين لفترات طويلة ثابتين دون تزعزع، ومن هنا تأتي اضطرابات القلق.

التنوع المحير للمخ القلق

أود أن أؤكد على هذه النقطة المهمة مرة أخرى: لا يوجد تفسير واحد بسيط لأي مشكلة صحية نفسية، لا سيما وإن كانت مشكلة معقدة ومتنوعة كالقلق. ولكن حتى وإن تمكنا من إيعاز كل ذلك على آلية أساسية واحدة محددة، مثل الستيرويدات العصبية، والجابا، ونموذج فرط نشاط اللوزة الذي أوردته للتو، فهذا لا يعني أننا يمكننا التنبؤ بشكل موثوق باضطرابات القلق أو فهمها *كلها*. هناك الكثير مما يحدث في المخ، أكثر مما قد نستوعبه. على سبيل المثال، لماذا يرضخ بعض الأشخاص للقلق بينما لا يذعن له آخرون؟ يبدو أن هناك عوامل وراثية في ميدان العمل هنا، لذا فإن تاريخ العائلة جزء مما يحدث. يبدو أن بعض الأشخاص لديهم استعداد للإصابة بالقلق في حمضهم النووي.[39]

وأيضًا، تلك التغيرات الكيميائية غير المفيدة التي تحدث استجابة للضغوطات، يمكن أن تحدث في سن مبكرة أيضًا. لذلك، إذا حظيت بطفولة أو نشأة مرهقة بشكل خاص، فسيؤثر ذلك على كيفية نمو مخك، وبالتالي فإن التغييرات السلبية التي يسببها الضغط، كما نراها على سبيل المثال في اللوزة المخية التي تزداد نشاطًا لتصبح غير خاضعة للسيطرة، تصبح أكثر ديمومة واستمرارية، كما لو قمت ببناء منزل على أسس غير مستقرة بقوة، مما قد يجعلك أكثر عرضة لمشكلات التوتر والقلق لاحقًا في حياتك.[40] ويُعتقد أيضًا أن هذه العوامل تلعب دورًا في نشأة أشياء مثل اضطراب الشخصية الحدية (Borderline Personality Disorder). تعني تلك الطبقات العديدة من التعقيدات المتضمنة في نمو وتكوين المخ أنه من المستحيل التنبؤ بأي دقة إلى ما ستؤول الأشياء.

لكن المجموعة المتزايدة أبدًا من الأبحاث الدارسة لظاهرة القلق تكشف باستمرار عن علامات تدل على أن المخ يتفاعل مع الضغط المستمر والنشاط بطرق مختلفة، وهذا قد يفسر لنا سبب وجود العديد من التجليات المختلفة لاضطرابات القلق. على سبيل المثال، تشير الأدلة الحديثة إلى أن أمخاخ الأشخاص المصابين باضطراب الهلع يكون فيها المحور الوطائي النخامي الكظري حساسًا بشكل خاص للمواقف *الجديدة* التي تنطوي على خطر وتهديد.[41]

أمخاخنا تهتم بشدة بكل ما هو جديد. كلما كانت الأشياء حولنا غير مألوفة وجديدة، عزز ذلك بسهولة مدى سرعة وقوة رد فعلنا عليها. بصرف النظر عن ماهية رد فعلنا هذا. يمكن أن يكون رد فعل جيدًا، كما يحدث عندما تعثر على عشرة جنيهات في جيوب بعض السراويل القديمة. غالبًا ما يكون هذا أسعد وأفضل مكافأة من استلام راتبك الشهري في حسابك المصرفي. راتبك أكبر بكثير بالطبع، لكنك لم تكن تتوقع أن تجد المال في البنطال. حدث غير متوقع، لذلك يكون أكثر مكافأة لأنظمتك.

لكن يمكن أن يكون الحدث غير المتوقع سيئًا أيضًا. فكر في حركات الترويع والإفزاع، طريقة الإرعاب الكلاسيكية حيث يحدث شيء غير متوقع في موقف متوتر بالفعل. دائمًا ما يكون هذا أكثر إثارة للخوف من أي شيء

آخر. حدوث شيء غير متوقع يزيد من استجابة الخوف أيضًا. ويبدو أن الاستجابة للضغوطات في مخ الشخص المصاب باضطراب الهلع حساسة بشكل خاص للأشياء غير المتوقعة. قد يفسر هذا سبب عدم إمكانية التنبؤ بنوبات الهلع. إذا كانت نوبات الهلع تُثار من أشياء جديدة وغير مألوفة، فلن تكون قادرًا، *بالطبع*، على توقع ما قد يفجرها. وقد رأينا سابقًا أن الكثير مما يحدث في اللوزة المخية ونظام اكتشاف التهديدات يحدث بسرعة كبيرة جدًا لدرجة لا تستطيع المناطق المعقدة مثل قشرة الفص الجبهي مواكبتها. ربما هذا هو ما يحدث هنا، ربما لهذا السبب يصعب تحديد ما الذي يفجر مثل تلك النوبات. ولأنك لا تتوقعها، لا يمكنك أن تُعِد نفسك لاستقبالها. لذلك، عندما يحدث شيء جديد، فإن أنظمتك الغريزية تنطلق وتنتقل من سرعة صفر إلى سرعة ستين في لمح البصر.

ببساطة، قد ينشأ اضطراب الهلع عندما تتفاجأ بشيء جديد، أو شيء غير مألوف، فتندفع أنظمة الكر أو الفر الخاصة بك لتبقى على أهبة الاستعداد، وتزج بكل شيء إلى حده الأقصى، فقط لتكون آمنًا. ومن ثم، نوبات الهلع. هذا تفسير محتمل.

تشير دراسات أخرى إلى أن فرط نشاط اللوزة يمكن أن يكون له تأثير شديد على الأجزاء والعمليات المسؤولة عن تفسير التلميحات والتفاعلات الاجتماعية، أجزاء مثل التلفيف الصدغي الأمامي (Superior Temporal Gyrus)، والمهاد (Thalamus)، وصديقتنا القديمة، قشرة الفص الجبهي (Prefrontal Cortex).[42] تلك المناطق من المخ تقوم بتقييم أفعال من حولك وحركاتهم ويفسرون ما تعنيه على مدار الساعة. ولكن، إذا كان للّوزة تأثير كبير على تلك المناطق، فإنهم سيفسرون المواقف الاجتماعية بانحياز وميل إلى الخوف والريبة. إذا بدت جميع المواقف الاجتماعية مشؤومة ومقلقة بالنسبة إليك، فسيكون القلق الاجتماعي نتيجة منطقية.

تشير بيانات أخرى إلى أن مناطق أخرى، مثل الجسم المخطط (Striatum) والقشرة الحزامية الأمامية (Anterior Cingulate Cortex)، تساهم في التعرف على الإشارات الاجتماعية السلبية، كالتعبيرات الغاضبة، أو لغة الجسد المتحفظة. يبدو أن تلك المناطق أيضًا أكثر نشاطًا لدى الأشخاص

الذين يعانون اضطراب القلق الاجتماعي، مما يعني أننا نصبح أكثر حساسية ووعيًا بالتفاعلات الاجتماعية غير السارة، حتى لو كانت التفسيرات التي نستنتجها من تلك التفاعلات تفسيرات محتملة وغير مؤكدة. هل يمكن أن يرجع ذلك إلى نظام الجابا المكبوت، والذي يعني أن أجزاء متعددة من المخ تصبح أكثر نشاطًا مما ينبغي؟ ربما. في كل الأحوال، يجعلنا هذا أكثر قلقًا اجتماعيًا. ويكون لهذا تداعيات غير سارة على حياتنا.

في وقت سابق، قلت إن لدينا هرمونات عصبية، كالأوكسيتوسين والفازوبريسين، مخصصة لتعزيز روابطنا العاطفية مع الآخرين. حسنًا، تُظهِر بعض الدراسات أن هذه المواد الكيميائية تثبط النشاط في اللوزة. هذا من شأنه أن يفسر سبب شعورنا بالأمان والاسترخاء عندما نكون محاطين بمن نحبهم أو نعزهم أو نثق بهم. لقد قمنا كذلك بذكر كيف يمكن للأشخاص الذين يعانون رهاب الخلاء في كثير من الأحيان أن يخرجوا من منازلهم فقط إذا كانوا برفقة شخص يثقون به ثقة كبيرة، ربما يفسر هذا ذلك أيضًا.

بالطبع، إذا كان لديك قلق اجتماعي حاد، فإنك ستمارس سلوكيات تجنبية. ستبتعد عن الآخرين، وتتخلى عن العلاقات والتفاعلات، لذلك لا تُقمَع اللوزة بمثل هذه التفاعلات، وبالتالي تظل قوية مفرطة النشاط والقوة.

هناك أشياء أخرى يمكن أن تطيل من فترات القلق، أو تجعله يغذي نفسه بنفسه. قشرة الفص الجبهي التي عانت كثيرًا في حياتها: لقد رأينا كيف أن هذه المنطقة مسؤولة إلى حد كبير عن فهم كل ما يحدث في المخ، لإعطائنا تصورًا متماسكًا عن الحياة، وسردًا من نوع ما.[43] حسنًا، أحد الاحتمالات هو أنه، في أثناء القلق، تحاول تلك المنطقة باستمرار فهم كل النشاط غير السوي والمفرط الذي يحدث في المخ، كما لو أنها تلاحظ ارتفاع نشاط اللوزة وتقول: «يجب أن يعني هذا وجود خطر، لكنني لا يمكنني اكتشافه، لذا فقط فلنبقَ متيقظين». هذا من شأنه أن يفسر القلق العام الموجود في اضطراب القلق المعمم، فالأجزاء الأكثر ذكاءً من المخ تحاول فرض استجابة منطقية على ما يحدث، لكنها لا يمكنها ترجمة ما يحدث بأي طريقة يقينية محددة. ربما هذه هي الطريقة التي يزيد بها الأدرينالين من الخوف والقلق. تلاحظ قشرة الفص الجبهي ارتفاع مستويات الأدرينالين، وتعتقد أنه «يجب أن أكون

قلقة بشأن شيء ما، وإلا فلماذا يوجد أدرينالين الآن؟» ونعيش الأحداث وفقًا لذلك.

هناك طرق أخرى يمكن أن تفسر حدوث هذا. عندما يتعلق الأمر بمحاولة الاستجابة للتحديات أو التهديدات، هناك نوعان من أنظمة الدفاع المنفصلة في المخ: نظام *الإقدام* (Approach)، والذي يجبرنا على التعامل مع المشكلة ومواجهتها وجهًا لوجه، ونظام *الإحجام* (Avoidance)، والذي يجعلنا نرغب في الابتعاد عن المشكلة. الكر أو الفر، على التوالي. ماذا لو كان النشاط المتزايد للقلق يؤثر على أحد تلك الأنظمة أكثر من الآخر مما يؤدي إلى اختلال التوازن بينهما؟

قد يفسر هذا الكثير. إذا تمت المبالغة في تحفيز نظام الإحجام، فسنشعر بأننا مضطرون للابتعاد عن أي شيء يهددنا. لكن ربما كل شيء حولنا يشعرنا بالتهديد، لأن القلق غالبًا ما يؤدي لذلك. هذا من شأنه أن يفسر الكثير من السلوكيات التجنبية، كتلك الموجودة في رهاب الخلاء على سبيل المثال.

على النقيض من ذلك، يمكن أن يُحَفَّز نظام الإقدام بشكل أكبر. يخبر الكثير من الأشخاص الذين يعانون القلق أنهم يشعرون بحاجة ماسة إلى الانشغال، والبقاء على اطلاع بما يحدث، والمشاركة في المزيد من الأشياء. إنهم قلقون طوال الوقت، يحاولون بلهفة الاحتفاظ بالسيطرة على حياتهم. إذا كان الجزء من مخك الذي يجبرك على مواجهة ما حولك نشطًا بشكل مفرط، دون سبب واضح، فقد يكون هذا السلوك نتيجة لذلك.

علاوة على ذلك، وجود نظام اكتشاف التهديدات نشطًا، يدًا بيدٍ مع نظام الإقدام في المخ نشطًا، عادة ما يؤديان إلى، أو يكونان نتيجة لشيء مثل الغضب. ويشير الكثير من الأشخاص الذين يعانون القلق إلى شعورهم بالانزعاج والغضب المستمر.[44] ربما هذا يفسر ذلك. ربما تلاحظ قشرة الفص الجبهي الحائرة نشاط نظام اكتشاف التهديدات ونظام الإقدام وتقول لنفسها: «أعتقد أنني يجب أن أغضب من شيء ما».

مرة أخرى، كل هذا في أغلبه تكهنات تستند إلى مقتطفات من البحر الشاسع من البيانات المتاحة. المخ معقد ومرن وفوضوي بشكل مذهل، يعكس ذلك تنوع تجليات اضطرابات القلق، والعديد من الأشياء الأخرى.

لكن هذا لا يعني أن ظاهرة القلق تستعصي على فهمنا تمامًا. لأنها ليست كذلك. الحقيقة هي أن هناك العديد من العلاجات الفعالة المتاحة لاضطرابات القلق، والتي بدورها تساعدنا في فهمنا لهم، علاوة على فهم مشكلات الصحة النفسية والعقلية الأخرى.

التداخل بين الاكتئاب والقلق

هناك العديد من التدخلات العلاجية المتاحة لأولئك الذين يعانون اضطرابات القلق، والتي تعتمد على ماهية الاضطراب وكيفية ظهوره. ولكن، كما هو الحال مع مضادات الاكتئاب وعلاجات الاكتئاب الأخرى، ليس هناك ما يضمن أنها ستنجح بالتأكيد. يبقى كل مخ مختلفًا عن غيره، ويستجيب كل مخ للأشياء بطرق محددة للغاية وغير متوقعة. ولكن بالحديث عن الاكتئاب، وعندما يتعلق الأمر بالأدوية تحديدًا، فإن علاج القلق الأكثر شيوعًا، والأكثر موثوقية عادةً هو... مضادات الاكتئاب (Antidepressants). مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (SSRIs) على وجه التحديد.[45]

كيف يحدث ذلك؟ حسنًا، ربما لاحظت[1] أن الكثير مما تمت مناقشته في هذا الفصل حول القلق قد ذُكِرَ بالفعل في الفصل السابق حول الاكتئاب. فالاضطرابان بينهما بالفعل الكثير من السمات المشتركة. ربما ينشآن أيضًا من مشكلة متشابهة في المخ.

لقد استكشفنا فكرة أن الاكتئاب هو نتاج لفقدان المرونة العصبية، وأن هذا يحدث في جوهره عندما تكون الخلايا العصبية في المناطق الرئيسية منهَكة ومتعَبة. فالنشاط المفرط المديد والمتواصل الناجم عن نظام الضغوطات في المخ يجعله غير قادر على تغيير المزاج أو تحسينه. ولكن أليست الفترات المتواصلة من النشاط المفرط الناجم عن الضغوطات والإجهاد تعتبر هي هي، إلى حد كبير، فترات القلق؟ هل يمكن أن يكون القلق هو السبب في إصابة المخ بالاكتئاب؟ في الواقع، يخبر معظم الأشخاص الذين يعانون كلًّا من القلق والاكتئاب أن القلق يحدث أولًا. وفي مخ المراهقين الذي لا يزال طور

---

(1) لأنني أشرت إلى ذلك مرارًا وتكرارًا.

النمو، يكون القلق أكثر شيوعًا في السنوات الأولى، والاكتئاب أكثر شيوعًا في سن المراهقة المتأخرة.

لا شك أن هناك اختلافات صارخة بين الاكتئاب والقلق. القلق هو في الأساس شعور مستمر بأن شيئًا مروعًا يمكن *أن* يحدث، في حين أن الاكتئاب هو الشعور بأن شيئًا مروعًا قد حدث/يحدث *الآن* بالفعل. الشخص المصاب بالاكتئاب يفتقر دائمًا إلى الطاقة أو الدافع لفعل أي شيء، في حين أن الشخص المصاب بالقلق غالبًا ما يكون لديه الكثير من الطاقة والنشاط لكن بطريقة مرتبكة وغير مفيدة. لكن هذا لا يزال متسقًا مع فكرة أن القلق هو فترة من النشاط المتزايد الذي يضر بمرونة الخلايا العصبية، مما يؤدي إلى الاكتئاب.

بالطبع، ليس كل شخص مصاب بالاكتئاب قد عانى القلق أولًا. لكن ربما يكون المصابون بالاكتئاب أكثر عرضة للتأثر بالضغوطات وما شابه، لذلك لا يتطلب الأمر سوى القليل من الأشياء المؤذية لتتضرر عمليات تنظيم الحالة المزاجية لديهم. وعلى ذلك، فربما يعانون الاكتئاب دون إظهار أعراض القلق كاملة. تذكَّر أن عملية التشخيص تكون محدودة ومتقلبة في أحسن الأحوال، ويجب أن تكون أعراض القلق موجودة لمدة ستة أشهر قبل تأكيدها رسميًا. هناك متسع كبير للمناوشة هنا.

وحتى بالنسبة إلى الدوائر العصبية الكامنة وراء كل من الاكتئاب والقلق في المخ، هناك تداخل. تُظهر بعض الدراسات أن أولئك الذين يعانون الاكتئاب والقلق معًا -وهي حالة شائعة جدًا لدى من يعانون صحة نفسية سيئة- يكون المحور الوطائي النخامي الكظري لديهم حساسًا ومفرط النشاط بشكل خاص،[46] ولذلك فهم يتفاعلون بحساسية خاصة مع الضغوطات. ولذلك غالبًا ما يعمل نفس الدواء مع كل من القلق والاكتئاب.

لا توجد إجابة محددة عن سبب فعالية مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية في علاج كلا الاضطرابين. قد تكون الطريقة التي تعزز بها مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية القدرة على التحكم في الحالة المزاجية وتنظيمها لها دور مماثل في الحد من القلق. ربما تمنح تلك المواد قشرة

الفص الجبهي مزيدًا من السيطرة على اللوزة، مما يسمح لها باستعادة الهيمنة على أنشطتك الداخلية.

تشير دراسات أخرى إلى أن الميل الغريزي لتجنب الأشياء التي قد تبدو ضارة أو مهددة لنا، أو الابتعاد عنها، يختل عند الأشخاص المصابين بكل من القلق والاكتئاب، لذا فإن كلا الاضطرابين يجعلان من الصعب تجنب مواجهة مثل هذه الأشياء والتفكير بوعي فيها. وهذا بدوره يؤدي إلى الشعور بضغط كبير، ونحن نعرف الآن ماذا يفعل بنا ذلك. يبدو أن عملية التجنب الغريزية هذه تدعَم من قِبل نظام السيروتونين، ولذلك فإن تعزيز السيروتونين قد يعيد إلينا ميلنا الطبيعي لتجنب الأشياء الضاغطة دون الحاجة إلى التفكير فيها. والتفكير في كل الأشياء السيئة التي يمكن أن تحدث، أو الأشياء التي تحدث بالفعل، هو شيء آخر يشترك فيه كل من الاكتئاب والقلق.

الاحتمال الآخر هو أن مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية تزيد من إنتاج الستيرويدات العصبية.[47] لكن هذا يستغرق بعض الوقت، ولذلك لا يبدأ الأشخاص الذين يتناولون مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية بالشعور بتخفيف حدة أعراض القلق والاكتئاب إلا بعد أسابيع من تناولها، وليس على الفور. ولكن بمجرد أن يحدث ذلك، تعمل الستيرويدات العصبية على تشغيل أنظمة الجابا مرة أخرى، لذا فإن جميع العمليات المزعجة والضارة والمرهقة التي تنتشر في المخ المكتئب والقلِق يمكن أن تتراجع، أخيرًا.

ربما كل هذه الأشياء تحدث معًا، ربما شيء آخر تمامًا هو الذي يحدث. البحث، كما هو الحال دائمًا، مستمر. لكن كل ما ناقشناه للتو، وغيره مما لم نناقشه، يكشف لنا أن هناك مجموعة متزايدة من الأدلة التي تشير إلى أن الاضطرابات النفسية التي تبدو مختلفة في ظاهرها، مثل الاكتئاب والقلق، قد يكون لها جذور مشتركة.

الطرق المتنوعة للتعامل مع القلق

لا يعني هذا أنه لا توجد أدوية مخصصة لمعالجة القلق. الأدوية المضادة للقلق (Anxiolytic Drugs)، لإعطائهم لقبهم الرسمي، معروفة جيدًا، وعادة ما يكونون فعالين. في الواقع، فعاليتهم تميل أن تكون جيدة *للغاية*. أكثر مضادات القلق التي تُستخدَم اليوم شيوعًا هي البنزوديازيبينات

(Benzodiazepines)، وهي مجموعة متنوعة من الأدوية أشهرها على الأرجح الديازيبام (Diazepam)، المعروف أيضًا باسم الفاليوم (Valium). من المعروف أنها فعالة مع كل أنواع اضطرابات القلق تقريبًا. تنتج هذه الأدوية تأثيرًا مهدئًا قويًا وفوريًا. فهي مهدئات (Tranquilizers): تهدئ أعصابك، وتريحك، وتمنعك من القلق. فهم يقومون جوهريًا بإلغاء القلق من أنظمتك. ويفعلون ذلك عن طريق زيادة تأثيرات الجابا، وهو الناقل العصبي الذي يقمع أو يوقف الأشياء التي تحدث في المخ[48]. كما أن هذه الأدوية تعمل أيضًا مع اضطرابات النوم لأسباب مشابهة.

لكن هذه الأدوية تؤثر على المخ كله، وليس فقط الأجزاء التي تريدها أن تؤثر عليها. تشمل الأجزاء الأخرى التي تُقمَع تلك المسؤولة عن قدرات التفكير العليا لديك، ومن ثم تميل أشياء مثل الفاليوم إلى تركك مسترخيًا للغاية، ومنفصلًا عما يحدث حولك تقريبًا، حيث يصبح التفكير الطبيعي أكثر صعوبة. ولأنهم يغلقون الكثير من أنظمة التوتر والقلق، فإن ذلك يجعلهم في كثير من الأحيان ممتعين للغاية. وفي الوقت نفسه، هذه الأدوية فعالة جدًا، وتأثيرها على المخ قوي جدًا، مما يجعل المخ يستجيب لها بقوة، ويتغير بسرعة، ويتكيف بطرق تجعل البنزوديازيبينات مسببة للإدمان.[49] ولذلك، تُستَخدَم باعتدال، وحذر.

ربما يكون هذا أمرًا لا مفر منه عندما يتعلق الأمر بالأدوية التي تعالج أعراض القلق بشكل مباشر. أنت لا تحاول إشعال شرارة شيء ما غير موجود، كما هو الحال مع الاكتئاب. لا، أنت تحاول قمع شيء موجود *بالفعل*. يمكن أن تكون هذه مهمة أكثر خطورة ومجازفة، مثل إعادة توصيل قابس كهربائي دون أن تقطع الكهرباء قبل أن تفعل ذلك. هناك أدوية أخرى تساعد في التعامل مع القلق عن طريق آليات مختلفة. يتم، في بعض الأحيان، استخدام المواد الأفيونية (Opiates) لما لها من تأثيرات قوية مسكنة للآلام والتي تأتي مصاحبة لمشاعر مرتبطة بالمتعة والاسترخاء، وهو شيء لا يوجد كثيرًا عند وجود القلق. والأمر نفسه ينطبق مع الماريغونا (Cannabis).

على الرغم من ذلك، لا يقتصر علاج القلق على الأدوية. في حالات القلق منخفضة الشدة، بعض التغييرات الأساسية في نمط الحياة قد تساعد كثيرًا.

أود أن أؤكد هنا على كلمة تساعد، وليس تشفي أو تعالج، لأنه إذا كانت المشكلة موجودة في أعماق المخ، فمن غير المحتمَل أن تصل التعديلات القشرية إلى هذا الحد من العمق. ولكن مع ذلك، يمكن لأشياء مثل الحد من الكافيين، والإقلاع عن التدخين، والنوم بشكل أفضل، والمزيد من التمارين، وما إلى ذلك، أن تساعد في تقليل النشاط المفرط الذي يعد الجوهر الرئيسي للقلق.

وجدت الفتاة على الإنترنت (Girl on the Net) أن مثل هذه الأساليب مجدية معها:

«أحد أكبر الأشياء التي تعلمتها من حصولي على جلسات العلاج النفسي هذا العام هو أن أشغل نفسي بقليل الأمور. لدي عادةً هذه العادة المتمثلة في ملء دفتر يومياتي بالكامل، ساعة ساعة، كل الأيام، في محاولة للتأكد من أن كل شيء أفعله في حياتي يكون مثمرًا بطريقة ما، ويقربني من هدف ما. مثل الحفاظ على هذه الصداقة، أو إنجاز هذا الجزء البسيط من العمل، أو القيام بهذا، أو ذاك، أو أي شيء، إلى الحد الذي أشعر فيه بأن كل وقتي محشود دون وجود أي فراغات، لذلك لم يكن لدي أي وقت أقضيه في مجرد الاسترخاء وتصفية ذهني.

على مدار العام الماضي، كانت الأشياء التي أحدثت أكبر فرق هي أولًا أنني مارست هواية لا تنطوي على الجلوس أمام الشاشة، هواية أستمتع بالقيام بها لأنها مسلية في ذاتها. لذلك، أقوم بالكثير من أعمال النجارة الخشبية في الوقت الحالي، وهو أمر ممتع للغاية. لقد صنعت بنفسي طاولة قابلة للطي! والشيء الآخر الذي ساعدني هو أن مرشدتي النفسية هذا العام، والتي كانت عبقرية للغاية، بمجرد وصولي إلى مكتبها وضعت لي خطة للتأكد من أنني أقوم بثلاثة أشياء ليس لأي غرض سوى المتعة فقط. كما منعتني أيضًا إلى حد كبير من القيام بأي من أعمالي التي لم تكن ضرورية لدفع أقساط الرهن العقاري وفواتير معيشتي. فعلت ذلك لفترة قصيرة من الوقت فقط حتى أتمكن من بناء عادة الراحة والاسترخاء.

انتقلت من العمل نحو خمسين أو ستين ساعة في الأسبوع، وصولًا إلى نحو ثلاثين ساعة فقط. استطعت فعل الكثير من ذلك عن طريق إدارة أعمالي

جيدًا فقط. لقد استغرق الأمر وقتًا طويلًا حقًا حتى أتمكن من ذلك، وأخذت وقتًا أيضًا لأقبل أن هذا شيء مقبول، لأنني منذ أن كنت صغيرة جدًا، كان لدي دائمًا هذا الصوت الذي يدق في رأسي قائلًا: «عليكِ أن تفعلي المزيد؛ عليك أن تعملي بجد أكبر». وفي الواقع، في بعض الأحيان، لا بد لي من الاسترخاء».

بالطبع، هذا على افتراض أن قلقك ليس شديدًا وأنك قادر على فعل هذه الأشياء. ولا يكون هذا هو الحال في كثير من الأحيان. إن وجود معالج يمكنه وضع خطة يفرض بها نظامًا على مخك يمكن أن يكون عونًا كبيرًا، ولكن، كما هو الحال دائمًا، ليس هناك ما يضمن أن الأمر سيستمر، أو ستثبت فعاليته.

من المعروف أن العلاجات المعرفية -المتمثلة في جلسات الإرشاد النفسي الفردية- فعالة بشكل خاص في علاج القلق. يمكن أن تكون جلسات العلاج المنتظمة مع خبراء مدربين مفيدة في جعلك تتعامل مع الضغوطات والمخاوف بطرق مختلفة أقل إثارة للقلق. يمكن القول إن الكثير من الأساليب النفسية المستخدَمة مع اضطرابات القلق هي عبارة عن طرق مختلفة لتعليم المخ القلِق أن يفكر في مسببات القلق أو يتفاعل معها بطرق مختلفة وبديلة للطرق التي تعوَّد عليها. على وجه التحديد، أن يتعلم تلك الطرق التي لا تؤدي إلى إثارة التوتر أو الخوف. على الرغم من انتشار الكثير من الكليشيهات/ الكلام المتبذل الذي يصر على خلاف ذلك، فإن السبب في عدم إمكانية علاج الرهاب من خلال مواجهة مخاوفك هو أنه عندما تقوم بذلك، فإن المخ يتعلم الدرس الخطأ.

يعرف الشخص المصاب برهاب العناكب الشديد أن العنكبوت الصغير الموجود على الجانب الآخر من الغرفة لا يشكل أي تهديدٍ حقًا. لكن نظام اكتشاف التهديدات لديه لا يستمع إلى الأجزاء المنطقية من مخه. يرى عنكبوتًا، فيدخل في حالة تأهب قصوى، مما يتسبب في ظهور جميع أعراض الهلع الشديدة. والأجزاء الأبسط والأكثر أولية من المخ تتعلم عن طريق صناعة وصلات جديدة. لذا، فبدلًا من أن يفكر المخ المصاب بالرهاب ويقول: «لقد واجهت عنكبوتًا ولم يحدث شيء»، فهو يقول: «لقد واجهت عنكبوتًا وجسدي ومخي خرجا عن السيطرة تمامًا، وبالتالي فإن العناكب خطيرة بلا شك، وخوفي له ما يبرره».

الطريقة التي تواجه بها العلاجات النفسية هذه المواقف وما شابهها هي أنها تجعل المخ القلق يتعامل مع تلك المثيرات ويعالجها بطرق تتفادى إثارة نظام اكتشاف التهديدات، وبالتالي تجنب الخوف الشديد والقلق الذي يسببه. اضطراب كرب ما بعد الصدمة هو أحد الاضطرابات المدروسة جيدًا في هذه المنطقة، نظرًا إلى كونه أحد أكثر اضطرابات القلق خطورة، وأن له سببًا واضحًا ومحددًا. يقال إن العلاج بالتعرض المطول (Prolonged Exposure Therapy) هو المعيار الذهبي لمعالجة اضطراب كرب ما بعد الصدمة،[50] حيث يُوَجَّه الفرد من قِبل المعالج للتفكير أو الكتابة أو مناقشة الأشياء التي تسببت في صدمتهم، بطرق آمنة وموجهة. مع تقدم العلاج، قد يتفاعل الشخص مع مثيرات النوبات الخاصة به، ولكن مرة أخرى، يحدث هذا في سياقات آمنة يسهل السيطرة عليها. وبذلك نأمل أن يتعلم المخ أن يتعامل مع المثيرات المؤلمة دون التعرض للصدمة.

هناك طريقة علاجية أخرى مشابهة لذلك والتي تُعرف بإزالة التحسس بشكل منتظم (Systematic Desensitization)[51] أو علاج التعرض التدريجي (Graduated Exposure Therapy)، والتي تُستخدم في معالجة الرهاب الشديد. هذا النوع من العلاج ينطوي على تعريض شخص ما لمصدر رهابه، ولكن بتدرج وزيادة صغيرة يمكن التحكم فيها ولا تثير الخوف. تخيل الشخص المصاب برهاب العناكب الشديد الذي ذكرناه للتو. بالنسبة إليه، خلال مجموعة من الجلسات، ربما تبدأ في عرض رسمة لعنكبوت صغير له.

ثم صورة عنكبوت صغير.

ثم مقطع فيديو لعنكبوت صغير.

ثم صورة عنكبوت كبير.

ثم مقطع فيديو لعنكبوت كبير.

ثم تضع بجواره عنكبوتًا صغيرًا مزيفًا.

ثم عنكبوتًا كبيرًا مزيفًا.

ثم تضعه في غرفة بها عنكبوت صغير في علبة زجاجية.

وهكذا، وهكذا، إلى أن تصل إلى النقطة التي يتلاعبون فيها بالعناكب الذئبية وهم يرسمون الابتسامة على وجوههم[1].

العملية التي تحدث هنا هي نفسها التي كشفت عنها كلاب بافلوف الشهيرة: الإشراط الكلاسيكي (Classical Conditioning). لقد تعلم المخ القلق أن وجود شيء ما يعني وجود تهديد، لذلك يطلق استجابة خوف كلما واجه ذلك الشيء. إن مهمة المعالج هنا هي إقناع المخ أو تدريبه أو تكييفه ليدرك أن وجود هذا الشيء لا يساوي وجود التهديد، لذلك لا يوجد أي داعٍ للاستجابة لوجوده على الإطلاق.

مما لا شك فيه أن فعل ذلك في الواقع أصعب بكثير مما يوحي به هذا الوصف البسيط. تختلف الأساليب الفعالة من شخص لآخر، ففي كثير من الحالات تكون رابطة الخوف معقّدة وعميقة، ولكل مريض طريقة تفكيرٍ وإدراك مختلفة عن غيره. وفي كثير من الأحيان، لا يرتبط القلق بشيء محدد، كما في اضطراب القلق المعمم. من الصعب جدًّا قطع اتصال إذا كنت لا تستطيع إيجاده في المقام الأول.

ولذلك، فإن عددًا من العلاجات الحديثة يتضمن بشكل أساسي تشتيت انتباه المخ القلِق، أو تعطيل استجابة الخوف العاطفي، بطرق أخرى. إزالة التحسس عن طريق حركة العين وإعادة المعالجة (Eye Movement Desensitization and Reprocessing - EMDR)، هو علاج شائع بشكل متزايد هذه الأيام -على الرغم من أنه لا يزال مثيرًا للجدل- وفيه يُدَرَّب المرضى على القيام بحركات معينة بأعينهم، وهي عملية عصبية غير متصلة تمامًا بالصدمات، ولكنها من الناحية النظرية، تأخذ موارد المخ والتركيز بعيدًا عن الجوانب المدمرة لمعاجلة المشاعر الصادمة.[52] يدعي البعض أنها تعمل بشكل جيد للغاية، والبعض الآخر يشكك في صحة الأدلة، إلا أن الآليات الدقيقة لكيفية عمل هذه الطريقة العلاجية، إن كانت تنطوي على آليات دقيقة في المقام الأول، لا تزال هذا غير واضحة تمامًا.

نهج علاجي آخر، وربما يكون أكثر بساطة، هو الإفادة البيولوجية (Biofeedback)، أو الإفادة العصبية (Neurofeedback). في هذا العلاج

(1) هذه مزحة. لا أحد يجب أن يفعل هذا بالطبع.

يوصَل المريض بجهاز عرض يعرض الإشارات الحيوية للجسد ومخرجاته، مثل معدل ضربات القلب وضغط الدم وما إلى ذلك، أو يوصَل بجهاز تخطيط كهربية المخ (Electroencephalograph – EEG)، وهو جهاز يعرض موجات المخ. هذه الإشارات الحيوية والموجات المخية تتغير بشكل ملحوظ عندما يشعر شخص ما بالقلق، أو يشعر بهجوم قادم. رؤية المريض لهذه المستويات المتغيرة من الإشارات الحيوية أو الموجات -هذه الإفادة التي تظهِرها الأجهزة (Feedback)- مباشرة يعطي القلق جانبًا ملموسًا أكثر وضوحًا. لذلك، بدلًا من محاولة قمع الاستجابة العاطفية، وهو شيء نعرف أنه صعب الحدوث، يمكنهم محاولة قمع التغيير الذي يحدث لاستجاباتهم البيولوجية أو موجاتهم المخية.

في الأساس، يمكن أن يرى الشخص أن معدل ضربات قلبه قد ارتفع، ومن ثم يتمكن من التركيز على محاولة خفضه بطريقة واعية. والأمر نفسه ينطبق على موجات المخ المحددة التي يراها الشخص أمامه. إلى حد ما، يزيل هذا مشاعر القلق والتوتر غير الموضوعية من العملية، لذلك يمكن للشخص، والأمل معقود، أن يتعلم مواجهة آثار القلق بوسائل بديلة، دون أن يعتمد على النظم والشبكات العصبية المعطِّلة أو المعيقة والتي تتعامل مع المشاعر بطريقة مباشرة.

يمكن القول إن هناك عاملًا مشتركًا بين كلٍّ مِن منهج علاج إزالة التحسس عن طريق حركة العين وإعادة المعالجة (EMDR) ومنهج علاج الإفادة العصبية (Neurofeedback) وأي منهج علاجي آخر تقريبًا هدفه المساعدة في التخلص من مشاعر القلق، بداية من ممارسة التأمل (Meditation) إلى ممارسة الرياضة إلى ممارسة الهوايات: يبدو أن كل تلك الأساليب تحاول نقل تركيز المخ بعيدًا عن ردود الفعل العاطفية المسببة للقلق، إلى أشياء أكثر حيادية وغير ضارة. ويبدو أيضًا أن المخ البشري يزدهر عندما يبدأ في الشعور بالسيطرة؛ من المعروف أن الشعور بالسيطرة يقلل من مستويات التوتر، لذلك قد يكون مجرد القيام بشيء ما، أي شيء يشعر فيه المخ بالسيطرة ولو قليلًا، يساعد في ذلك.

قد يجد الأشخاص المصابون بالقلق طرقًا فريدةً وخاصة بهم للشعور بالسيطرة. على سبيل المثال، ها هي الطريقة التي وجدها لوري ويليامز:

«أما بالنسبة إلى القلق الذي أعانيه، لأبقيه تحت السيطرة، أقوم بأشياء حسية باستخدام حاسة اللمس. أذهب لأحمل شيئًا ما ساخنًا، أو باردًا. أو، لدي في مكتبي في العمل بعض المشابك الورقية، أمسكها وأعدها. يساعدني هذا في الاتصال مع البيئة المحيطة بي، والتحكم في شيء ما، والعثور على شيء آخر، وبعد ذلك أمضي قدمًا. في الليل عندما يمنعني القلق من النوم، ألعب لعبة الأبجدية. أختار موضوعًا ما -أسماء أولاد، أفلام، أغاني- وأستعرض الحروف الأبجدية وأحاول التفكير في أغنية أو أي شيء يبدأ بكل حرف من الحروف. عادة ما أجد نفسي قد خرجت من الحالة التي كنت فيها عند حرف الـ P أو الـ Q».

بالطبع ليست كل طرق اكتساب الشعور بالسيطرة طريقة جيدة تلقائيًا، كما توضح لنا راشيل إنجلاند...

«بينما كنت أفعل ذلك كثيرًا وأنا في سن المراهقة، في العشر سنوات الماضية، فعلت ذلك بضع مرات أيضًا، حيث قمت بالفعل بإيذاء نفسي مجددًا. أتمنى لو لم أكن أفعل ذلك، لكن بالنسبة إليّ، أجد أن هذه هي إحدى الطرق الوحيدة التي يمكنني من خلالها إخراج نفسي من الحالة النفسية التي أكون فيها في ذلك الوقت. ولكي أكون واضحة، ليس لدي أي ميول انتحارية. لا يتعلق إيذاء نفسي بالتفكير في الانتحار؛ يتعلق الأمر بالشعور بالتحكم.

بالنسبة إليّ، بسبب اضطراب الهلع، هذه هي الطريقة التي تجعل عقلي يقول: «يا إلهي، هناك إصابة في جسدك. دعنا نركز على ذلك الآن». تلك الجراح تسحبني من دوامة الذعر التي سأكون فيها إن لم أفعل ذلك».

تكمن المشكلة هنا في أن إيذاء النفس ليس حلًّا مفيدًا بأي حال من الأحوال؛ يمكن أن يجعل الأمور بسهولة أسوأ بكثير. لكن النقطة المهمة هي أنه عندما يتعلق الأمر بالقلق، في كثير من الأحيان لا نستطيع *التحكم* فيه، أو في عواطفنا المثيرة للخوف. لذا نحاول استعادة السيطرة على الأمور، أحيانًا بطرق ثورية وخطيرة. لكن ليس هناك ما يضمن أن قد ننجح في ذلك بمفردنا.

وهذه أحد الأسباب الرئيسية التي تجعل القلق يمثل تلك المشكلة الكبيرة التي يمثلها.

النظرة الإجمالية للقلق

إذًا، ما الذي تعلمناه عن القلق؟

أنه شائع جدًّا، ويشعر به الجميع حرفيًّا. لكن بالنسبة إلى بعض الناس، يشعرون به كثيرًا، بطرق لا يمكن إيقافها أو الحد منها دون مساعدة خارجية. وهذا يسبب الكثير من المشكلات. يبدو أن القلق ينبع من النشاط الزائد في المخ، وتحديدًا في اللوزة، تلك المنطقة التي تعتبَر مصدرًا لمشاعر الخوف والتهديد، ويتأثر باقي المخ تبعًا لذلك. القلق هو اضطراب آخر يبدو أنه ينشأ في البداية عن طريق الاستجابة المفرطة للضغوطات المستمرة، وفي هذه الحالة يحدث اضطراب لنظام الجابا، ذلك النظام الذي يهدئ المخ ويبقيه تحت السيطرة. قد يكون هذا نتيجة للضغوطات المستمرة التي لا تنقطع والتي تسبب استنفاد وتعطيل إطلاق الستيرويدات العصبية، والتي عادة ما تحافظ على نظام الجابا في حالة جيدة.

للقلق الكثير من القواسم المشتركة مع الاكتئاب، على الرغم من بعض الاختلافات الملحوظة بينهما. حتى قد يكون القلق سببًا للاكتئاب، في بعض الحالات. هناك بين الاكتئاب والقلق الكثير من العمليات الأساسية التي يتشاركونها على أي حال. يمكن للقلق أن يتجلى بطرق كثيرة ومتنوعة، وهذا شيء يحدث بالفعل. تختلف تلك الطرق بناءً على كيفية بداية الاضطراب، وأي أجزاء المخ تتأثر، وكيف يعالج النظام ككل المشكلة الأساسية ويتفاعل معها. يمكن أن يكون القلق محددًا جدًّا، ويقتصر على مثير رهابي واحد كالعناكب أو الأماكن المغلقة، أو دؤوبًا وواسع الانتشار، كما هو الحال مع اضطراب الهلع واضطراب القلق المعمم واضطراب كرب ما بعد الصدمة. هذا الاضطراب الأخير أكثر إنهاكًا بلا شك، ويتطلب المزيد من الرعاية والاهتمام، لكن لا يوجد اضطراب قلق جيد بالطبع. لن يكون لذلك أي معنى.

هناك عدد من الطرق والوسائل لمعالجة القلق، لكن مدى فعاليتها يعتمد على الطبيعة المحددة للقلق، لأن كل مخ مختلف. لا يمكنني التشديد على هذه النقطة بما فيه الكفاية. هناك أدوية تتعامل مع أعراض القلق، لكنها قوية إلى حد ما ويمكن أن تكون مدمرة في حد ذاتها، لذا يجب استخدامها بحذر شديد جدًّا.

لدي الكثير من الأشياء الأخرى التي يمكن أن أقولها. حتى هذا الفصل المطول بالكاد خدش سطح كل ما هو معروف أو مشكوك فيه حول اضطرابات القلق. ولكن على الأقل يمكننا أن نشعر ببعض الراحة من حقيقة أن فهمنا لقلق آخذ في التوسع بشكل مستمر، ومن ثم تزداد احتمالية وصولنا لعلاجات وحلول لمشكلات القلق كما لم نعهد من قبل. وربما توجد الآن بعض الأدلة على الجذور الأساسية لمشكلات الصحة النفسية والعقلية بشكل عام.

وإن كان هذا بعيدًا كل البعد عن اليقين، ولكن هناك أدلة متزايدة تشير إلى أن القلق والاكتئاب هما نتيجة نهائية للاستجابة المفرطة والممتدة لفترات طويلة للضغوطات، وهو أمر، في مفارقة قاسية، لم يكن ليكون إذا لم تكن لدينا هذه الأمخاخ القوية الكبيرة التي دائمًا ما تجد شيئًا يدعو للقلق.

ربما يكون الحل الحقيقي للتعامل مع معدلات الاكتئاب والقلق العالمية هو ببساطة جعل العالم مكانًا به عدد أقل من الأشياء التي قد نقلق بشأنها. ومع ذلك، بالنظر إلى الأمور في عام 2020، لا يبدو أن ذلك محتمَل حدوثه في أي وقت قريب.

5

الإدمان

في الفصل الثالث، تحدثنا عن اضطرابات المزاج، بتركيز واضح وإلزامي على الاكتئاب. وفي الفصل الرابع، كان حديثنا يتعلق باضطرابات القلق، والعديد والعديد من الأشكال التي يمكن أن يتجلى فيها. لقد استكشفنا هذه الاضطرابات بشكل مكثف –وقد يقول البعض– بعمق أليم. لكنني أدَّعي أن هذا كان لسبب وجيه. لأنك إذا جمعت كل أشخاص العالم المصابين بالاكتئاب و/أو القلق، فسيكون لديك أكثر من نصف مليار شخص. هذا يمثل نحو سبعة في المائة من الجنس البشري بأسره.

وعلى الرغم من ذلك، فإن هذا يقودنا إلى الإشارة إلى نقطة أشرت إليها سابقًا في المقدمة: إذا كانت هذه المشكلات منتشرة على نطاق واسع، وشائعة لهذه الدرجة، فلماذا لا يزال هناك الكثير من وصمات العار المرتبطة بها؟ وكما أبرزت ذلك سابقًا في حديثنا المشار إليه، فإن عدد الأشخاص المصابين بالقلق والاكتئاب في جميع أنحاء العالم أكثر بخمس مرات من الأشخاص الذين يمتلكون الشعر الأحمر. بالتأكيد، يمكن أن يكون الشعر الأحمر موضوع سخرية طفيفة[1]، ولكن بشكل عام، عند مقارنتها بلون شعر نحاسي أكثر، لا تزال مشكلات الصحة النفسية والعقلية الأكثر شيوعًا هي التي تجذب

(1) عادةً من أولئك الأشخاص الذين يتمتعون بروح دعابة تشبه روح الدعابة الموجودة لدى الصخور الرطبة.

الشك، والإدانة، والأحكام، والتدخلات، والإساءة، والعنصرية، وغيرها. في حين أن حملات التوعية بالصحة النفسية والعقلية تعمل على إزالة هذه الأشياء باستمرار، فإن وصمات العار حول مشكلات الصحة النفسية والعقلية لا تزال منتشرة بشكل كبير. هذه مشكلة، لأن وصمة العار هذه تجعل الأمور أسوأ مما هي عليه بالفعل.

لا تظهر وصمة العار فقط عندما يعاني شخص ما نوبة مفاجئة تتعلق بالصحة النفسية. لا، وصمات العار جزء ثابت وواسع الانتشار من حياتنا اليومية. كل ناقد جاهل يبحث عن الاهتمام يسخر من المصابين بالاكتئاب، وكل صحيفة شعبية بذيئة تذكر «حبوب السعادة»، وكل محادثة عائلية تقلل من شأن مخاوف الصحة النفسية لشخص ما أو ترفضها، وكل إدانة علنية لضحية انتحار باعتبارها أنانية، وكل تعبير عن الريبة أو عدم التصديق لشخص *لا يزال* يأخذ أدويته، وماذا عن كل تلك الأكاذيب من شركات الأدوية الكبرى. كل هذه الأشياء، وأكثر، هي أمثلة على وصمات العار، والتي تضيف المزيد من الخزي والأحكام على فكرة ضعف الصحة النفسية أو العقلية ومحاولات التعامل معها. وكلها تتراكم بعضها فوق بعض.

تشكّل مثل هذه الآراء والأحكام دائمة الانتشار كيفية تفسيرنا للعالم، مما يؤثر على فهمنا له وتوقعاتنا عنه، مما يترك لدى الكثيرين انطباعًا بأن مشكلات الصحة النفسية والعقلية مخزية أكثر مما هي عليه، وأن أولئك الذين يعانونها هم كائنات أدنى، أشخاص معيبون في بعض المستويات الأساسية. وهذا يؤثر علينا جميعًا، بشكل ما أو بآخر. قد تكون العائلات والأصدقاء، الذين يشكلون، مثاليًا، شبكة الدعم الضرورية لشخص يعاني ضعف الصحة النفسية والعقلية، أقل قدرة (أو أقل *استعدادًا وإرادة*) للقيام بذلك، وذلك بفضل وصمات العار. تُظهِر قلة التمويل المزمنة لخدمات الصحة النفسية والعقلية، بالإضافة إلى العديد من التقارير عن إساءة معاملة المرضى وإيذائهم من قِبل العاملين في هذا المجال، أن الناس يمكن أن يوصموا مشكلات الصحة النفسية والعقلية حتى عندما تكون مهمتهم الحقيقية هي أخذ تلك المشكلات على محمل الجد. كل هذا يؤثر سلبًا على الذين يعانون ضعف الصحة النفسية والعقلية.

ولكن أيضًا، ضع في اعتبارك هذا: إذا كان لديك اعتقاد بأن مشكلة الصحة النفسية أو العقلية هي علامة على الضعف، أو ليست مشكلة كبيرة حقًا، أو أنها تؤدي إلى الازدراء والرفض، فكيف تتصرف إذا انتهى بك الأمر بالمعاناة من إحدى تلك المشكلات؟ عندما تتدهور صحتك النفسية أو العقلية لدرجة أنك لم تعد قادرًا على العمل؟ قد تنكر حدوث هذا، حتى بينك وبين نفسك، على أمل يائس أن تزول أو ينصلح حالك بنفسه. ولكن حتى إذا كانت لديك *القدرة* على تقبل أن لديك مشكلة، فقد لا تزال تحاول بشدة إخفاءها عن الآخرين، خوفًا من ردة فعلهم.

في كلتا الحالتين، يؤدي إنكار وجود مشكلة في الصحة النفسية أو العقلية (بقصد أو دون علم) بسبب وصمة العار إلى حياة أكثر مشقة، وبالتالي حياة أكثر إجهادًا وضغطًا بشكل ملحوظ. وقد رأينا، مرارًا وتكرارًا، مدى ضرر الضغوطات والإجهادات طويلة الأمد على صحتك النفسية والعقلية. لذا، فإن إنكار وجود مشكلة تتعلق بالصحة النفسية أو العقلية في الأغلب لن يزيد الأمر إلا سوءًا.

وبناءً على ذلك، إذا كان شخص ما مترددًا/ غير قادر حتى على الاعتراف بأن صحته النفسية أو العقلية ليست في حالة جيدة، فمن المنطقي أنه لن يطلب المساعدة من أجلها. لذلك، وبفضل وصمة العار، أصبحت مشكلات الصحة النفسية والعقلية التي لا حصر لها أسوأ بكثير، وتُتَجاهَل أو تُترَك دون علاج، لفترات أطول بكثير مما هو مناسب.

على الرغم من ذلك، فإن أولئك الذين يعانون مشكلات الصحة النفسية والعقلية ليسوا ضحايا سلبيين عاجزين. هم، مثل أي شخص آخر، سيفعلون كل ما في وسعهم ليشعروا بتحسن. لأننا جميعًا نداوي أنفسنا. إذا كنت تتناول الباراسيتامول لعلاج الصداع، أو العلاجات المتاحة التي يمكن الحصول عليها دون وصفة طبية لنزلات البرد، أو حتى شربك للشاي بالنعناع لاضطرابات المعدة، فأنت تداوي نفسك بنفسك. أنت تعالج مشكلاتك الصحية دون إشراف طبي.

بالنسبة إلى المشكلات البسيطة أو العابرة، يكون هذا عادةً جيدًا. ولكن عندما تكون مشكلة صحية نفسية خطيرة ومزمنة، فإن ذلك غالبًا ما يأتي

بنتائج عكسية. إن معالجة مشكلات الصحة النفسية والعقلية عملية طويلة ومعقدة، تنطوي على الكثير من التجربة والخطأ من قبل العديد من الخبراء المدرَّبين. إنه ليس شيئًا يمكن لفرد واحد غير مدرَّب القيام به، في *أثناء مواجهته لمشكلة في صحته النفسية أو العقلية*. قد يكون ذلك أشبه بتعليم نفسك قيادة الطائرات في أثناء وجودك في طائرة، بمفردك، وهي تتحرك مسرعة نحو الأرض. نعم، ها هو تشبيه الطائرة من جديد. وذلك لأنه لا يزال ذا صلة بحديثنا، لذلك أستمر في استخدامه.

ببساطة، يقتصر العلاج الذاتي لمشكلات الصحة النفسية والعقلية عادةً على الراحة قصيرة المدى. ومع ذلك، يحتوي عالمنا على الكثير من الخيارات المتاحة للشعور بالراحة قصيرة المدى. هناك أنشطة وتجارب وحتى أجهزة يمكنها أن تجعلك تشعر بالراحة أو بتحسن في نبضات وجيزة. لكن عادة ما يختار الناس لذلك بعض *المواد* المحددة. مواد مثل الكحول، والكافيين، والنيكوتين، ستجدها متوفرة أينما نظرت. وإذا كنت على استعداد، أو كنت يائسًا بما فيه الكفاية، لتجاهل القانون، فهناك العديد من المخدرات غير المشروعة، والتي توفر لك هدنة قصيرة من كل ما يدور في رأسك.

لكنني أؤكد على عبارة *راحة قصيرة المدى* لأن هذا عادة يكون أقصى أمنياتك. إذا بدأت في الاعتماد على أشياء مثل المشروبات الكحولية والمخدرات لتجعلك تشعر بتحسن، فستواجه بذلك مجموعة جديدة كاملة من المشكلات، والتي، مرة أخرى، تجعل الأمور أسوأ.

ولذلك، في هذا الفصل الأخير قبل خاتمة الكتاب، سنلقي نظرة على الإدمان (Addiction)، أو سوء استخدام المواد المخدرة (Substance Abuse)، أو الاعتماد على العقاقير المخدرة (Drug Dependence)، أو أي شيء يطلَق عليها. (هذا في الواقع جانب مهم من حديثنا، سنصل إليه في الوقت المناسب).

لماذا الإدمان على وجه التحديد؟ حسنًا، أولًا، تشير بعض الإحصائيات إلى أن ما يصل إلى ثلاثين في المائة من جميع الأشخاص الذين يُشَخَّصون بإحدى مشكلات الصحة النفسية أو العقلية، بصرف النظر عن ماهيتها، ينتهي بهم الأمر أيضًا إلى تعاطي الكحول أو المخدرات. يرتفع هذا الرقم

بنسبة تصل إلى خمسين في المائة مع أولئك الذين يعانون مشكلات صحية نفسية أو عقلية حادة.[1] من المسلم به أن إساءة تعاطي الكحول أو المخدرات لا يشبه، من الناحية الفنية، أن تكون مدمنًا، لكن المسافة بينهما صغيرة بشكل مثير للقلق. ببساطة، إذا كانت كل مشكلات الصحة النفسية والعقلية يمكن أن تزيد من احتمالات الإدمان، فالإدمان بلا شك ذو صلة كبيرة بحديثنا.

كأحد الأشخاص غير المحظوظين بما فيه الكافية لينتهي به الأمر بمجموعة كاملة من مشكلات الصحة النفسية والعقلية، يمكن لبيثاني بلاك الشهادة على زيادة خطر الإدمان على مصابي الصحة النفسية والعقلية.

«أعتقد أنني كنت في العشرين من عمري عندما شُخِّصتُ بالاكتئاب لأول مرة. كنت في الجامعة، وأظن أنني قد اكتشفت إلى حد ما أنني مصاب بالاكتئاب، لكنني فقط كنت أعتقد أنني كنت أختلق الإصابة بالاكتئاب. اعتقدت أنني كنت أفعل ذلك لجذب الانتباه.

أنا أؤذي نفسي منذ أن كنت في الثالثة عشرة من عمري. كنت في علاقة استمرت لسنوات كثيرة لكنها انهارت بشكل سيئ للغاية. كنت في العشرين من عمري عندما حدث هذا وكنا معًا لمدة أربع سنوات تقريبًا، وتلك الفترة شكلت جزءًا كبيرًا من سنوات تكويننا، لكن العلاقة انهارت وفشلت فشلًا ذريعًا.

لم يكن هناك طريقة للهروب من ذلك على أي مستوى وفي أي وقت. كنت أشرب كثيرًا لأحاول التأقلم مع ما حدث، ووصلت الأمور إلى نقطة انفصلت فيها عن الواقع (Dissociated). فيما مضى، كلما حدث لي أي شيء سيئ بطريقة ما، كانت الاستجابة الأولية لمخي هي الذهاب للشرب أو لتناول بعض العقاقير. كانت هذه طريقة تعامل مخي مع ما يحدث.

كانت الثقة المزيفة التي أجنيها من المخدرات والكحول هي التي تسمح لي بعدم الشعور بالذعر، وعدم الاضطرار إلى القلق كثيرًا. لكن إقلاعي عن كل تلك الأشياء واستعادة وعيي كان له تأثير إيجابي هائل على حياتي. لقد كان التعامل مع الأسباب الكامنة وراء ذلك أمرًا رائعًا. ومع ذلك، فإن بعض الأعراض -بعض الأسباب التي دفعتني إلى فعل ذلك في المقام الأول- هي أكثر تعقيدًا بكثير من محاولات التفكك والتخلص منها».

أحد الأسباب الأساسية الأخرى التي دفعتني للتركيز على الإدمان هو أن الاضطرابات التي تحدَّثنا عنها إلى الآن يبدو أنها تنبع من المخ البشري الذي يعاني الكثير من الإجهاد والضغوطات، وهي أشياء لا يحبها المخ، لفترات طويلة جدًّا. يُظهر لنا الإدمان أن نقيض ذلك ليس شيئًا جيدًا أيضًا؛ تجربة شيء يحبه المخ، ويجده ممتعًا، مرارًا وتكرارًا، لفترات طويلة، يسبب أيضًا مشكلات خطيرة. لا يتعلق الأمر فقط بالاستجابة للضغوطات، على الرغم من أن ذلك يلعب دورًا في عواقب الإدمان، كما سنرى.

وأخيرًا، إذا كان هناك شيء واحد يوضح كيف تؤثر وصمة العار بشكل مباشر على الصحة النفسية والعقلية، فسيكون هذا الشيء هو الإدمان. لا يزال هناك العديد من الأشخاص الذين يرفضون بكل الأشكال قبول أن الإدمان حالة صحية نفسية. ولوصمة العار المرتبطة بالإدمان تلك آثار عميقة ومباشرة على كيفية التعامل معه وكيفية مناقشته. وبالنظر إلى أن هذا الكتاب بأكمله يهدف إلى زيادة الفهم وتقليل وصمة العار حول قضايا الصحة النفسية والعقلية، فإن الإدمان هو شيء مفيد للغاية لنوجه تركيزنا عليه.

ومن ثم، وبأخذ ذلك كله في الاعتبار، دعونا نلقي نظرة على كيف يعمل الإدمان في المخ، وكيف نفهمه، ولماذا يتسبب في حدوث المشكلات، داخليًّا، ومجتمعيًّا. ويكفي أن نقول إن الأمر أكبر بكثير من مجرد انعدام قوة الإرادة.

ما هو الإدمان؟

ينتشر مصطلح الإدمان (Addiction) والمدمن (Addicted) كثيرًا هذه الأيام.

لا يكاد يوجد يوم واحد يمر دون انتشار بعض المقالات الهوسية التي تخبرنا كيف يدمن الأطفال والشباب هواتفهم الذكية، أو وسائل التواصل الاجتماعي، أو الأجهزة بشكل عام.

يُعد تعرض الرجال المرموقين من ذوي السلطة واستخدامهم مناصبهم لإملاء أنفسهم بالقوة على النساء دون موافقتهم أمرًا شائعًا بشكل محزن، ولكن في كثير من الحالات يكون عذر الجاني هو أنه مدمن للجنس.

في أثناء فترة نموي، قالت لي والدتي إنني مدمن لآلة الآركيد (Arcade Machine)[1]، تلك التي كانت لدينا في الحانة التي كنا نعيش فيها. والآن فذلك الصبي الصغير الذي يعيش في قرية ريفية نائية في منتصف الثمانينيات والذي كان يرغب باستمرار في لعب لعبة الفيديو الوحيدة الموجودة في زمنه والتي لم يوجد غيرها لمدة خمسة عشر عامًا أصبح، بكل وضوح، يعاني اضطرابًا مرضيًا. ببساطة، يُستخدَم مصطلح الإدمان كثيرًا، ولا ينبغي له أن يكون كذلك، لأن الكثير مما يصفه الناس بالإدمان... ليس بإدمان.

يمكن أن يكون هذا الاستخدام المفرط للمصطلح أمرًا مهينًا، بل وقد يكون ضارًا، لأن الإدمان أمر خطير، ولا ينبغي الاستخفاف به. يمكن أن يسبب الإدمان مشكلات خطيرة على صحة الفرد (النفسية والعقلية والجسدية)، وعلاقاته الاجتماعية، ومستقبله، وحياته بشكل عام، وفي كثير من الأحيان، حياة من حوله أيضًا. لذلك، فإن استخدامه لوصف شخص يقضي الكثير من الوقت على وسائل التواصل الاجتماعي، بسبب بعض التفضيلات الشخصية غير المحددة، يقلل من قيمة المصطلح إلى حد ما. إنه يقوِّض ويقلل من شأن أي شخص يعاني إدمانًا حقيقيًا. وهنا تظهر وصمة العار مرة أخرى.

إذًا، ما الذي يعتبَر إدمانًا حقًا؟ يعتبَر الإدمان الحقيقي أكثر شيوعًا، بدرجة ما، في سياق الأشخاص الذين يتعاطون المواد ذات التأثيرات النفسية (Psychoactive Substances) ويسيئون استخدامها، إلى درجة مزمنة ومدمِّرة ومخرِّبة. عندما نتحدث عن المخدرات (Drugs)، ببساطة.

المواد ذات التأثير النفسي، والمعروفة أيضًا باسم المؤثرات العقلية (Psychotropic Substance)، هي تلك المواد التي تؤثر على المخ والجهاز العصبي عند إدخالها إلى الجسد، مما يسبب تغيرات في العمليات العقلية. إنها تجعلنا نفكر بشكل مختلف، ونشعر بشكل مختلف، ونعايش مشاعر وإدراكات مختلفة. هناك مجموعة واسعة جدًا من تلك المواد.

---

(1) آلة الآركيد تشبه الألعاب الإلكترونية التي قد تجدها في الملاهي الكبيرة، تلك الألعاب التي تلعبها باستخدام جهاز كبير إلكتروني، كألعاب السيارات أو الدراجات الإلكترونية. (المترجم).

وعلى الرغم من ذلك، لا تعتبَر كل مادة ذات تأثير نفسي تلقائيًا مخدرًا خطيرًا. الكافيين مادة ذات تأثير نفسي. يجعلنا الكافيين أكثر يقظة وتركيزًا مما كنا عليه قبل تناوله. لكنه ليس بمادة محرمة، وليس بالمادة التي تُنَظَّم بعناية من قبل المتخصصين الطبيين. لا، الكافيين متاح على نطاق واسع. لا يخلو شارع رئيسي من ستاربكس أو من سلسلة محلات قهوة مماثلة موجودة في كل زاوية من زواياه. وهناك عدد لا يُحصى من الناس يعلنون بكل فخر عن حبهم للقهوة واعتمادهم عليها. هذا لا يعني أنها ليست مادة ذات تأثير نفسي، إنها فقط مجرد مادة *مقبولة*.

بالطبع، قبول شيء ما اجتماعيًا لا يعني أنه غير ضار. الاعتماد على الكافيين وأعراض الانسحاب الخاصة به أشياء حقيقية، لا تشك في ذلك.[2] وعلى غرار ذلك، أخبرني زميل لي يعمل في عيادة الإدمان في مستشفى قريب أن تلك العيادة يمكن إعادة تسميتها بعيادة إدمان الكحول، أو ربما بعيادة «الكحول وأصدقائه» وذلك لأن أغلب المرضى المترددين على هذه العيادة يعانون إدمان الكحول (Alcoholism).

هل هذا يعني أن الكحول هو «أسوأ» المواد المخدرة وأكثرها إدمانية؟ على الأرجح لا، ليس كذلك. لكن الكحول هو *أسهل مادة يمكن الحصول عليها*. وفي كثير من الثقافات المعاصرة، لا يُقبَل فقط شرب الكحول، بل يُشَجَّع على ذلك أيضًا. تأمل جميع السياقات المختلفة التي يكون فيها شرب الكحول هو الشيء المتوقع. حفلات الزفاف، أعياد الميلاد، الكريسماس، حفلات العمل، لقاءات التعارف، التجمعات الاجتماعية؛ في مثل هذه المواقف، من المرجح أن تقابَل بالريبة والقلق إذا قلت إنك لا تريد شرب الكحول (في المملكة المتحدة، على الأقل). الشاهد هنا هو أن المواد ذات التأثير النفسي لا تؤدي تلقائيًا إلى الإدمان. في كثير من الأحيان، تكون تلك المواد مجرد شيء طبيعي، جزء من أجزاء حياتنا اليومية.

إذًا، أين يقع الخط الفاصل؟ كيف تعرف متى يكون شخص ما مدمنًا حقًا؟ وما الفرق بين التناول العرضي أو الترفيهي للمواد ذات التأثير النفسي والمشكلة الحقيقية؟

دعونا نلقي نظرة على المعايير.

يسرد الإصدار الأخير من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5)، المعايير الإلزامية التالية لتشخيص شخص ما بأحد الاضطرابات الموجودة في تصنيف الاضطرابات المتعلقة بالمواد الإدمانية والإدمان. بشكل أساسي، هل ينطبق عليك أي مما يلي؟ إذا كانت إجابتك نعم، فربما تعاني الإدمان إذًا.

1. تتناول مادة ما بكميات أكبر، أو لفترات أطول، مما كنت مخططًا له في البداية، أو مما كنت تأمل.
2. تنوي أو تحاول تخفيض أو تقليل تناولي لمادة ما، ولكن لا تقدر على فعل ذلك.
3. تخصص وقتًا كبيرًا بشكل مفرط لتناول المخدرات، سواء كان ذلك في الحصول عليها، أو استهلاكها، أو التعافي منها. على سبيل المثال، تقضي معظم ساعات استيقاظك في الحانة، ودائمًا ما تعاني آثار الشرب عندما تكون في المنزل.
4. تشعر برغبة وإلحاح شديدين، بشكل قهري، لتتناول مادة مخدرة، وبخاصة في سياقات لا يكون ذلك أمرًا مناسبًا أو ملائمًا، فتفكر، على سبيل المثال، دون توقف في إشعال سيجارة حشيش (جوان) في أثناء طريقك إلى العمل في الصباح.
5. وعلى نفس المنوال، فإن تعاطيك للمخدرات/تناولك لمادة ذات تأثير نفسي يمنعك من أداء مهامك، في العمل، أو في المدرسة، أو في المنزل. وتهمل الأشياء المهمة لأنك تسعى باستمرار إلى الحصول على المادة المخدرة، أو تناولها، أو التعافي منها.
6. تستمر في تناول مادة ما، حتى عندما يكون من الواضح أن الأشخاص المقربين منك يشعرون بالضيق والحزن بسبب قيامك بهذا.
7. وبصورة مماثلة، لا تنخرط مع الآخرين، ولا تخرج، وتتجنب الأنشطة الاجتماعية أو الترفيهية التي كانت ممتعة لك في السابق بسبب تناولك للمادة المخدرة.

8. تستمر في تناول المادة المخدرة، حتى وإن كانت تعرضك للخطر، مثل أن تتناول كأس النبيذ الثالثة وتذهب بعد ذلك للقيادة، على الرغم من أنك دمرت سيارتك السابقة وكنت محظوظًا لتنجو من الحادثة دون إصابة.

9. قريبٌ مما سبق، تصر على تناول المواد المخدرة على الرغم من أنها تضر بصحتك بشكل واضح. كأن تدخن وأنت تعاني سعالًا عنيفًا، أو تستمر في تعاطي الكوكايين على الرغم من أنه يزيد سوءًا من حالة البارانويا (جنون الارتياب) الحالية التي تعانيها.

10. تجد نفسك في حاجة إلى المزيد والمزيد من المادة المخدرة لتصل إلى الشعور المطلوب. بمعنى أنك كنت في السابق تصل إلى قمة المتعة بعد ثلاث كؤوس من البيرة، لكنك الآن تحتاج إلى ثماني كؤوس، بالإضافة إلى بعض الويسكي المزوَّد، فقط لتخفف من الشعور بالتوتر أو الألم لديك.

11. وأخيرًا، تنتابك حالة أسوأ بكثير إذا توقفت عن تناول المادة التي اعتدتها. إذا كان امتناعك عن تناول المادة يسبب لك ارتعادات، وتعرُّقًا، وإحساسًا قويًّا بالرهبة، أو الغثيان، أو أي شيء يجعلك تشعر بشعور مريع مما يضطرك إلى مواصلة استهلاكك وتناولك للمادة التي اعتدتها.

هذه هي المعايير الأحد عشر لاضطراب الإدمان، وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية. يشتمل أحدث إصدار من التصنيف الدولي للأمراض على معايير مشابهة، ولكن هناك اختلافات دقيقة تعكس المناهج المختلفة لكلتا الوثيقتين، والتي سنتناولها لاحقًا.

لذلك، باختصار، إذا كان من الصعب عليك التحكم في استخدامك لمادة ما أو إيقاف تناولها، أو إذا كان استخدامك أكثر تفاقمًا مما كنت تأمل، أو يستغرق معظم وقتك، أو تستمر في فعله على الرغم من المخاطر والمجازفات التي قد تضع نفسك فيها، أو يجعلك تشعر بالمرض ولكنك تستمر على أي حال، أو تمرض حقًّا إذا حاولت التوقف، وتطلبت المزيد والمزيد من الجرعات لتحقيق نفس الآثار الممتعة، ويتداخل كل ذلك مع عملك أو حياتك الاجتماعية

أو علاقاتك أو يعطلهم، إذا كان كل ذلك ينطبق عليك، فمن المحتمل جدًّا أن تكون من الذي يعانون الإدمان.

آمل أن تتمكن الآن من معرفة سبب كون الادعاء بأن شخصًا ما مدمن لهاتفه الذكي أو وسائل التواصل الاجتماعي ادعاءً كبيرًا. ربما يستخدم الناس هواتفهم باستمرار، ولكن إذا ضاع منهم الهاتف أو تحطم أو انقطع الإنترنت لبضع ساعات، فنادرًا ما يبدؤون بالشعور بتوعكات جسدية، أو يتطرفون في أفعالهم، بل ويقومون بارتكاب جرائم غير قانونية فقط لتسجيل الدخول مرة أخرى على سناب شات. أما وقد قلت هذا، لقد ركزت فقط على إدمان المواد المخدرة حتى الآن، لكن هذا لا يعني أن هذا هو النوع الوحيد من الإدمان. مرة أخرى، سنصل إلى ذلك قريبًا.

أود أن أزعم أن كل ما تحدثت عنه للتو يُظهِر أن الإدمان، مثل كل شيء آخر تحدثنا عنه في هذا الكتاب، ليس شيئًا يخضع لثنائية نعم أو لا، ولكنه جوهريًّا مقياس بين طرفي نقيض بينهما الكثير من الدرجات. ويبدو أن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعاملين في مجال الصحة النفسية والعقلية يتفقون على ذلك. إذا كانت تظهر عليك علامات لمعيارين أو ثلاثة معايير من بين الأحد عشر معيارًا محتملًا للإدمان خلال فترة اثني عشر شهرًا، فيُعتَبَر ذلك اضطرابًا طفيفًا لاستخدام المواد المخدرة (Mild Substance Use Disorder). تغطي أربعة أو خمسة معايير؟ سيكون ذلك اضطرابًا متوسط الحدة لاستخدام المواد المخدرة (Moderate Substance Use Disorder). ستة أو أكثر؟ إنه اضطراب شديد لاستخدام المواد المخدرة (Sever Substance Use Disorder).

جوهريًّا، الإدمان هو اضطراب شديد للغاية، ومعقد للغاية. ينبغي ألا يُطرَح ويُستَخدَم بشكل عرضي من قِبل أولئك الذين يريدون شيطنة وتشويه سمعة الأشياء أو السلوكيات التي لا يوافقون عليها بشكل شخصي. ومع ذلك، يحدث هذا طوال الوقت. يبدو أن بعض الناس يفعلون ذلك كثيرًا جدًّا، لدرجة أنهم غير قادرين على منع أنفسهم من القيام بذلك، ويقضون الكثير من وقتهم مهووسين بهذا الأمر.

أترى معي المفارقة هنا؟

في أي مكان في المخ يحدث الإدمان؟

إلى الآن، كان جل تركيزنا على الإدمان الذي تسببه المواد، أعني المواد الكيميائية ذات التأثير النفسي، والمعروفة أيضًا بالمخدرات.

يسرد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية عشر فئات منفصلة من المواد التي يمكن أن تؤدي إلى الإدمان.

1. الكحول، تلك المادة التي نعرفها جميعًا.
2. الكافيين، صديق آخر مألوف.
3. التبغ، أو بطريقة أقرب لنا «التدخين».
4. القنب (Cannabis)، أو الماريجونا، أو الحشيش.
5. المواد المهلوسة (Hallucinogens)، مثل ثنائي إيثيل أميد حمض الليسرجيك أو الـ LSD.
6. المواد الأفيونية (Opioids) مثل الهيروين والمورفين والعديد من مسكنات الألم الأخرى، والتي تعتبر أشر المواد وأعنفها في عالم المخدرات.
7. المهدئات، والمنوِّمات، مثل مضادات القلق كالفاليوم، والبنزوديازيبينات، تلك الأشياء التي ناقشناها في الفصل السابق مع القلق.
8. المستنشَقات (Inhalants) أشياء مثل استنشاق بخاخات الهواء المضغوط، أو شم الغراء الصمغي، أو نترات الأميل (المشهورة باسم البوبرس (Poppers)).
9. المنبِّهات، والتي تغطي سلالة المنبهات بأكملها، بداية من الأمفيتامينات والكوكايين إلى الكافيين اليومي.

هذه تسع فئات مستقلة من المواد المسببة للإدمان. لكنني قلت إن هناك عشر فئات. الفئة الأخيرة هي «المواد الأخرى أو المواد غير المعروفة». لأنه سيظل هناك الكثير من المواد الكيميائية التي لا تندرج ضمن أي من تلك الفئات المحددة.

خذ مضادات الاكتئاب على سبيل المثال. إنها بالتأكيد مواد ذات تأثير نفسي، لكنها غير مدرَجة في قائمة الدليل التشخيصي والإحصائي

للاضطرابات النفسية. لماذا؟ لأن الناس نادرًا ما يدمنونها، وذلك بسبب الطرق المعقدة التي تعمل بها تلك المواد والطرق المعقدة التي تؤثر بها علينا. لكن هل يمكن لشخص ما أن يدمنها؟ بالنظر إلى كيفية اختلاف الأمخاخ في كيفية استجابتها للأدوية، لا يمكن استبعاد ذلك. ومن ثم، فإذا كان هناك شخص ما مدمن لمضادات الاكتئاب، فسيُعتَبَر مدمنًا لمادة من النوع «الآخر».

هذه النقطة تبوح لنا بالكثير: الطرق الدقيقة التي تتفاعل بها أنواع معينة من المواد الكيميائية مع أنظمتنا، وتأثير تلك التفاعلات على المخ، هي أمور معقدة بشكل مخيف. تتفاعل المواد الأفيونية مثل الهيروين والمورفين والكوديين والفيكودين(1) مع نظام الإندورفين في مخنا. الإندورفينات هي عبارة عن ناقلات عصبية، من بين أشياء أخرى، والتي تقضي على الآلام وتحفز النشوة عادة في أوقات الإجهاد البدني العالي.[3] يصف الأشخاص الذين يجرون سباقات الماراثون أو يقومون بتمرينات طويلة ومضنية هذه الظاهرة المعروفة بـ «نشوة الركض» (Runner's High)، حيث يشعرون بذروة من النشوة القوية مع استمرارهم في الجري. إنه عندما يدرك مخك أن جسدك يعاني إجهادًا جسديًا ومشقة كبيرة، وبالتالي يضخك ويملؤك بالإندورفين للتخلص من تلك الآلام، وليجعلك تشعر بالراحة، ويسمح لك بالتعامل بشكل أفضل مع كل ما يُفترض أنه يتسبب لك في حدوث هذا البؤس الجسدي.(2) تخترق المواد الأفيونية هذا النظام بشكل أساسي، وتحفز المستقبلات ذات الصلة الموجودة على الخلايا العصبية ذات الصلة، مما يسبب شعورًا شديدًا بالمتعة، وإدمانًا فيما بعد.

بالنسبة إلى الكحول، ساد الاعتقاد لسنوات عديدة أن تأثيراته ترجع إلى أن جزيء الإيثانول -المادة الموجودة في الخمر التي تجعلك تصاب بالسُّكرِ في الحقيقة- صغير جدًا بحيث إنه يمكنه أن يمر عبر أغشية الخلايا العصبية

---

(1) مزيج من عقار الإسيتامينوفين والهيدروكودون، والذي اشتهر من خلال المسلسل التلفزيوني المشهور الذي ذكرته سابقًا دكتور هاوس إم دي (House MD)، حيث كانت الشخصية الرئيسية في هذا المسلسل مدمنة للفيكودين.

(2) لا أستطيع أن أؤكد هذا شخصيًا، لأنني لا أعتقد أنني ركضت 26 ميلاً في حياتي إلى الآن. لكنني أبلغت بشكل وثيق بأن هذا شيء يحدث بالفعل.

دون أي مشكلة. إذا كان هناك إيثانول في جسدك، فإن محاولة إبعاده عن خلاياك تشبه محاولة حمل الماء في سلة خشبية مفتَّحة. بمجرد أن يدخل الإيثانول داخل الخلايا العصبية، فإنه يعطل عمل الخلايا العصبية، ويطرد مؤقتًا العمليات الكيميائية الدقيقة التي تجعل كل شيء يسير بسلاسة. وهكذا نسكر.

على الرغم من ذلك، تشير البيانات الأكثر حداثة إلى أن الكحول يبدو وأنه أيضًا يعزز نظام الجابا بشكل خاص،[4] مما يعني أن المزيد من الأنظمة العصبية تُقمَع، مثل أنظمة التنسيق، والكلام، والتفكير العقلاني لدينا، وغير ذلك من الأنظمة. تعزز البنزوديازيبينات أيضًا نظام الجابا، كما رأينا. وهذه مواد مريحة للغاية، وممتعة للغاية، وتسبب الإدمان للغاية.

يتفاعل التبغ، وبخاصة النيكوتين، مع مستقبلات الأستيلكولين في المناطق الجبهية الأمامية من المخ. ينشِّط الكوكايين مجموعة من مستقبلات الدوبامين. يؤثر الكافيين على قنوات الكالسيوم الموجودة في بعض الخلايا العصبية، مما يزيد من نشاطها. وهلم جرًّا. المخ نسيج غني للغاية. سيتطلب الأمر الكثير من الكتب الأخرى لشرح الطريقة التي تؤثر بها مواد كيميائية معينة على أمخاخنا، إذا أردنا الحديث على مستوى معين من الدقة.

ومع ذلك، على الرغم من كل هذا التنوع، يبدو أن هناك منطقة مخية واحدة تستند عليها معظم، إن لم يكن كل، حالات الإدمان. أتذكر كيف ناقشنا في الفصل السابق نظام اكتشاف التهديدات؟ تلك الدائرة العصبية في مخك التي تفحص وتتفاعل مع أي شيء يعتبَر خطيرًا أو مهدِّدًا، مما يجعلنا نشعر بالخوف والتوتر استجابة لذلك. حسنًا، هذه ليست الآلية الوحيدة التي تعمل بهذه الطريقة في المخ. في سياقنا هنا، هناك أيضًا مسار المكافأة (Reward Pathway).

مسار المكافأة عبارة عن دائرة عصبية صغيرة بشكل مدهش حيث يوجد في المناطق الأكثر مركزية والأكثر عمقًا في المخ[5]. يتكون مسار المكافأة من جزأين رئيسين. النواة المتكئة (Nucleus Accumbens) والتي تتصل بالمنطقة السقيفية البطنية (Ventral Tegmental Area). لقد تحدثنا عن المنطقة السقيفية البطنية في وقت سابق، في فصل الاكتئاب، فهي جزء

لا يتجزأ من قدرتنا على الشعور بالرضا أو المتعة. بشكل أساسي، تُغذّى النواة المتكئة بمعلومات حول كل ما يحدث في المخ. إذا أدركت أن أي شيء يعتبَر جيدًا، أو مفيدًا، أو إيجابيًّا بشكل عام، فإنك ترسل إشارات مباشرة إلى المنطقة السقيفية البطنية. يحدث هذا من خلال الوصلات المعقدة الموجودة في أنظمتنا الأساسية داخل جذع المخ (Brainstem) وخارجه، وهذا يجعلنا نشعر باللذة. الإحساس باللذة (Sensation of Pleasure)، تلك *المكافأة*، تأتي من هذا المسار. يُطلق على هذا المسار أحيانًا مسار المكافأة الوسطى الطرفي (Mesolimbic Reward Pathway). ويُطلَق عليه أحيانًا مسار مكافأة الدوبامين (Dopaminergic Reward Pathway)، لأن الدوبامين، وهو ناقل آخر أحادي الأمين، هو الناقل العصبي الذي يستخدمه هذا المسار لأداء وظيفته، ليمنحنا الإحساس بالمتعة واللذة على المستوى الأوَّلي الأساسي.

كما ذكرنا سابقًا، ربما سمعت أن الدوبامين يُسمى مادة اللذة أو المتعة الكيميائية، أو المادة الكيميائية السعيدة، هذا هو السبب. لكن هذه الفكرة القائلة بأن الدوبامين هو المادة الكيميائية المسؤولة عن المتعة، *وفقط* – بمعنى أنه غير مسؤول عن أي شيء آخر سوى المتعة- وبالتالي فإن زيادة مستويات الدوبامين هو كل ما تحتاج إليه من أجل الشعور بالمتعة، لتكون سعيدًا – هي فكرة تبسيطية مخلة مثيرة للضحك.

إذا كنت ترغب في زيادة مستويات الدوبامين في جميع أنحاء مخك، بسرعة وسهولة، احصل على بعض الليفودوبا (Levodopa)، الدواء التلقائي المستخدَم لمرضى باركنسون.[6] ينشأ داء باركنسون/شلل الرعاش (Parkinson's Disease) بسبب التدهور التدريجي للمادة السوداء (Substantia Nigra)، والتي تشارك في التحكم في الحركة والمزاج بالإضافة إلى أشياء أخرى. تستخدم هذه المنطقة أيضًا الدوبامين. يؤدي فقدانها إلى إرسال كمية أقل من الدوبامين إلى المناطق الحيوية، مما يؤدي إلى ظهور أعراض داء باركنسون. يعزز الليفودوبا من مستويات الدوبامين في جميع أنحاء المخ، وبالتالي تُعَوِّض هذه الخسارة الناجمة عن فقدان المادة السوداء.

على الرغم من ذلك، إذا كانت زيادة الدوبامين تسبب تلقائيًّا المتعة والسعادة، فيجب أن يكون الأشخاص المصابون بشلل الرعاش في حالة نعمة

دائمة، ويجب أن يكون دواء ليفودوبا هو الدواء الأكثر شيوعًا على هذا الكوكب، لكنهم ليسوا كذلك، والدواء ليس كذلك أيضًا. في الحقيقة، عملية تنشيط مسار المكافأة معقدة للغاية ومتقلبة. لقد تطور مسار المكافأة لتشجيعنا ومكافأتنا على الأشياء المفيدة بطريقة ما، لذلك نتذكر تلك الأشياء بشكل أفضل ونريد الاستمرار في القيام بها. على الرغم من ذلك، فهناك مجموعة شاسعة من الأشياء التي يمكن اعتبارها مفيدة لدرجة تُدمِع العين، بداية من تجربة جنسية ممتعة للغاية، إلى لقاء اجتماعي ناجح، إلى مجرد كوب من الماء إذا كنا نشعر بالحر أو العطش. يرتبط تنشيط مسار المكافأة بالنشاط في مناطق أخرى لا حصر لها من المخ، ويرسل مسار المكافأة بدوره العديد من الروابط والإشارات إلى مناطق المخ الأساسية الأخرى، وبخاصة تلك المنخرطة في عمل أشياء مثل التفكير والتحفيز والعواطف.

ونتيجة ذلك هي أن الأشياء التي نستمد منها المتعة أو اللذة، تلك الأشياء التي تجعلنا سعداء، تلعب دورًا كبيرًا في طريقة تفكيرنا، وكيفية تصرفنا، والقرارات التي نتخذها، وغير ذلك من الأشياء، على المستوى العصبي الأولي. وكيف لا؟

ولكن يمكن لنا أن نحظى بالكثير من الأشياء الجيدة *بشكل مبالغ فيه*. وكما هو الحال مع مسار اكتشاف التهديدات، فقد طور المخ البشري عددًا من السمات والسلوكيات التي يمكن أن تسبب المتاعب والارتباك لمسار المكافأة العريق والمحفز للمتعة وللتوازن المعقد الذي يتمتع به هذا المسار مع العمليات الأخرى المهمة في المخ.

وقد يحدث ذلك دون إدخال أي مواد غريبة إلى أجسادنا، تلك التي قد تنشط مسار المكافأة بشكل مباشر أو غير مباشر، لتتخطى الضوابط المعقدة وحالة التوازن التي بناها مخنا واعتمد عليها على مدى آلاف السنين. وهذا هو ما تفعله المواد المسببة للإدمان، بدرجات متفاوتة من التأثير المباشر أو غير المباشر: فهي تقوم بتنشيط مسار المكافأة، في وقت *لم يكن لينشط* فيه بشكل طبيعي إذا لم يتعرض لتلك المادة الخارجية. وبالطبع، فهناك طرق عديدة لإحداث مثل هذا التنشيط الخارجي.

هذه هي الطريقة التي بها تدمن المنبهات (Stimulants) والمهدئات (Sedatives). لكن المنبهات والمهدئات لهما تأثيرات متناقضة علينا تمامًا، فكيف يمكن أن يكون كلاهما متساويًا في مدى إدمانيته؟! إنهما كذلك بالفعل، متساويان. قد تتفاعل المنبهات مع المستقبلات ذات الصلة لتحفيز مسار المكافأة بشكل مباشر، مما يؤدي إلى زيادة النشاط وزيادة الشعور باللذة، بينما قد تغلق المهدئات بعض مناطق المخ التي تثبط مسار المكافأة، أو تزيد من القلق والتوتر، مما يؤدي إلى ارتفاع نشاط مسار المكافأة، وبالتالي الشعور باللذة. هذا، باختصار، هو السبب في كون المواد المختلفة تؤدي إلى نفس الحالة تمامًا، أقصد الإدمان. تؤثر جميع المواد على نفس الجزء من المخ، على مسار المكافأة، ولكن بطرق مختلفة وعبر وسائل مختلفة.

الأمر أشبه بأفلام السباق القديمة التي ظهرت في الثمانينيات، مثل فيلم *ذا كانونبول رن* أو سباق المدافع (The Cannonball Run)[1]، والذي كانت فيه مجموعة من الشخصيات الغريبة القادمة من جميع أنحاء البلاد تتسابق للحصول على جائزة كبرى. كل شخصية كانت تستخدم طريقًا مختلفًا، ومركبة مختلفة، وتخوض مغامرات مختلفة في طريقها، لكن في النهاية، ينتهي بهم الأمر جميعًا في نفس المكان. تعاطي المخدرات والإدمان هو شيء من هذا القبيل، عندما يتعلق الأمر بكيفية عمل تلك المواد في المخ. إلا أنه، وبخلاف كوميديا الثمانينيات البلهاء، لا يمكنك إطفاء الإدمان والتساؤل عما كان يحدث في الفيلم الذي كنت تشاهده. لا، بدأت تأثيرات الإدمان في عملها للتو. ونادرًا ما يكون ذلك مسليًا.

آثار الإدمان: إستاد المخ

أستمر في طرح أشياء معينة عن المخ مرارًا وتكرارًا. لكنني أفعل هذا لأن هذه الأشياء مهمة جدًّا في سياق الحديث عن الصحة النفسية والعقلية. وأحد هذه الأشياء هي مدى مرونة ولدونة المخ. فالمخ لا يجلس في مكانه فقط ليستوعب ما يحدث له كشخص كسول، بل يتكيف ويتغير ويتوقع ويتأقلم ويستجيب لما يحدث له. وعندما لا نستطيع فعل ذلك بشكل جيد، نصاب

(1) هو فيلم كوميدي أمريكي أُنتِج في سنة 1981. (المترجم)

بالاكتئاب، على الأقل، وفقًا للأدلة الحديثة المتاحة. لذا، فإن عدم قدرة المخ على التغير والتكيف هو أمر سيئ.

ولكن، على النقيض من ذلك (وبطريقة مربكة)، فإن قدرة المخ على التكيف يمكن أن تكون أمرًا سيئًا أيضًا. لقد رأينا ذلك في الفصل السابق، حيث تكيف المخ مع النشاط الزائد والمستمر من اللوزة ونظام الإجهاد، مما أدى إلى تغيير العمليات العصبية المهمة بطرق غير مفيدة. في الأساس، تنشأ مشكلات القلق عندما تتكيف أمخاخنا مع أشياء لا ينبغي لها أن تحدث، أعني النشاط المفرط في أنظمة التهديد والضغوطات لدينا. ينطبق نفس الشيء على الإدمان. يُحَفَّز مسار المكافأة إلى درجة تتجاوز كثيرًا ما أُعِدَّ المخ للتعامل معه. ومن ثم، فهو يتكيف ويتغير، *ليستطيع* التعامل مع هذا النشاط الزائد عن الحد.

لسوء الحظ، فإن هذا النشاط الزائد عن الحد يكون نتيجة عامل خارجي، وعادة ما تكون المادة المخدِّرة التي يساء استخدامها. وبذلك يكون لديك تغييرات دائمة تحدث في مخك استجابةً لشيء غير موجود دائمًا في مخك، استجابة لشيء يجب تلقيه من الخارج. هذا يمكن أن يكون سيئًا للغاية. إليك مثال ليشرح لك كيف ولماذا.

تخيل بلدة صغيرة قليلة السكان. مدينة طبيعية تمامًا ومكتفية ذاتيًا. بعد ذلك، ولسبب ما، بُنيَ إستاد ضخم في منتصف هذه المدينة، في نفس المكان الذي كان يوجد فيه مجلس المدينة، إستاد يستضيف بانتظام مباريات كرة القدم الكبرى، والحفلات الموسيقية للفرق الموسيقية الأكثر شهرة، وغير ذلك من الأحداث الضخمة.

هذا يعني أن عشرات الآلاف من الأشخاص سينزلون فجأة إلى المدينة للوصول إلى الإستاد.

في البداية، ستكون المدينة مكتظة بشدة. يمكن أن يكون هذا أمرًا إيجابيًا: يُحجَز كل الفندق والنُّزُل وشقق إير بي آند بي. وكل الحانات والمطاعم والمقاهي تستقبل أكبر عدد يمكنها استقباله من الناس، وتوجد قوائم انتظار بالخارج. بيعت كل المتاجر. وجميع سيارات الأجرة والحافلات تصبح ممتلئة

لساعات طويلة. يحصل اقتصاد المدينة على طوفان من الأموال الجديدة، لذلك يكون الجميع في وضع أفضل.

لكن المدينة لا تنجز الكثير من أعمالها ولا تتطور في أثناء انشغال الإستاد بالحفلات والأحداث. لا توجد وسائل نقل كافية، ولا يوجد مخزون كافٍ من الطعام والشراب، ولا توجد شرطة أو أمن يكفي للسيطرة على الجميع وعلى كل شيء في المدينة. نظام الطرق لا يستطيع التحمل. تتوقف الكثير من الأشياء عن العمل. هذا شيء سيئ، ولن يدوم طويلًا. لذلك، منطقيًّا، تتغير المدينة تدريجيًا لاستيعاب الحشود المنتظمة القادمة إلى الإستاد. تُبنى المزيد من الطرق. وتظهر المزيد من الفنادق، والحانات والمتاجر، ويُوَظَّف المزيد من رجال الشرطة والأمن.

لكن الفكرة هنا هي أنه، على الرغم من ذلك، إذا استمرت هذه الأحداث لفترة طويلة بما فيه الكفاية، فسيُخَصَّص في النهاية جزء كبير من المدينة لاستقبال زوار الإستاد. فبدلًا من أن تكون المدينة مكتظة وثرية بالجماهير الزائرة للإستاد، ستصبح المدينة معتمدة على وجودهم لبقائها الآن، ليسير كل شيء بسلاسة، يصبح وجود الزوار القادمين للإستاد أمرًا حيويًّا للحفاظ على هذا الوضع الجديد للمدينة. الشيء الذي كان استثنائيًّا في يوم من الأيام، أصبح الآن هو القاعدة وخط الأساس.

وفجأة، يختفي الإستاد. يستيقظ أهل المدينة ذات صباح ولا يجدون الإستاد. لم يعد هناك سوى مبنى المدينة القديم مرة أخرى، والذي يتسع لمئتي شخص على الأكثر. ربما كان هذا كافيًا في السابق. لكنه ليس كافيًا الآن. مبنى المدينة محاط الآن بمجتمع واسع يحتاج في معيشته إلى حشود ضخمة من عشرات الآلاف من الأشخاص، لمواصلة الحياة بشكل طبيعي. لذلك، يمكن لأهل المدينة الآن إما بناء ملعب جديد بسرعة غوغائية شديدة، لاستقبال الجماهير القادمة والحفاظ على استمرارية رجوعهم للمدينة. أو يمكنهم العودة إلى النظام القديم وتحمل الكثير من الآلام والمشقات إن اختاروا ذلك وهم يرون شركاتهم تنهار ويصبحون مُعدَمين.

ربما يكون هذا مثالًا مسهبًا ومثيرًا للمشاعر. ربما. لكنه مثالٌ مفيد. البلدة هي المخ العادي، ومبنى المدينة هو مسار المكافأة الطبيعي، وظهور الملعب

هو أول ضربة لمادة مخدرة قوية وممتعة. إذا ظهر الملعب في أحد الأيام واختفى في اليوم التالي، فربما يكون كل شيء على ما يرام. كانت البلدة لتتذكر تلك الليلة الحافلة بمزيج من مشاعر الولع والارتباك والرهبة، لكنها مع ذلك ستستمر في حياتها المعتادة. وبالمثل، فإن الأشخاص الذين يعبثون بالمخدرات والمواد غير المشروعة، لكنهم لا يتناولونها بشكل مستمر، غالبًا ما يتذكرون «فترة التجربة» تلك ولياليهم الجامحة. لكن هذه ليست أشياء تؤثر عليهم الآن.

ولكن إذا بقي الإستاد في المدينة، وإذا قمت بالاستمرار في تعاطي المخدرات، فإن المدينة ستتغير وتتكيف لتواكب ذلك. وبالمثل، فإن مخك يعيد تشكيل نفسه للتكيف مع المادة التي تتناولها، لتضم وجودها المستمر ضمن أنظمتها الاعتيادية. لدرجة أن غياب هذه المادة يؤول به الأمر بأن يسبب مشكلات أكثر مما يسببه وجودها.

نستطيع أن نرى هذا من خلال العديد من التغيرات التي تحدث في بنية المخ نفسها، تغيرات تنتج عن النشاط المفرط في مسار المكافأة. وتلك التغيرات هي التي تكمن وراء العديد من الخصائص الكلاسيكية لاضطراب الإدمان.

اعتياد التحمل

أحد أكثر الأعراض شيوعًا في الإدمان هي ظاهرة تحمل المادة المخدرة (Tolerance)، حيث تؤثر نفس جرعة المادة المخدرة عليك بشكل أقل، وأقل، بمرور الزمن. لذلك يجب أن تقوم بزيادة الجرعة لتصل إلى نفس المستوى من الآثار الممتعة. فالآثار الممتعة هي الغرض الرئيسي من تناول المخدرات، على كل حال.

يمكن أن يحدث هذا التحمل بسرعة مفاجئة. يسمي البعض كراك الكوكايين بـ «الأمل الكاذب»، لأن النشوة الأولى التي يقدمها عالية وممتعة بشكل لا يصدَّق. ولكن لن تشعر بأي نشوة لاحقة تضاهي هذه النشوة الأولى على الإطلاق، لأنك (أو بشكل أكثر تحديدًا، عمليات مخك) تتكيف مع الكوكايين بسرعة. قد يعني هذا أنه من المرجح أن يستمر متعاطو الكوكايين

في التعاطي، في محاولة لاستعادة الشعور بتلك النشوة الأولى. لكن وللأسف، لا يمكنهم ذلك. أمل كاذب.

تذكر، تمامًا مثل الإستاد في مثال المدينة، بينما قد تكون المادة الفعالة ممتعة بشكل لا يصدَّق، إلا أنها أيضًا تكون طاغية للغاية. لهذا السبب عندما يكون شخص ما تحت تأثير مخدر قوي، لا نسمح له بفعل أي شيء مهم أو خطير، مثل قيادة السيارة، أو إجراء عملية جراحية. قد يكون المخدر القوي ممتعًا، لكنه يمنع المخ من فعل الكثير من الأشياء، ويمنعه من العمل بشكل صحيح. لذلك، تبدأ العمليات الأولية الأساسية في العمل على الفور للتكيف مع ما حدث وإيقاف حدوثه مرة أخرى.

هناك العديد من الآليات التي تعمل هنا.[7] قد يشهد مسار المكافأة، الذي يعمل من خلال الدوبامين، أعدادًا متزايدة من مستقبلات الدوبامين في الخلايا العصبية المكوِّنة له، مما يعني أنه سيحتاج إلى المزيد من الدوبامين -وبالتالي المزيد من الإثارة- لتحقيق المستويات الطبيعية من النشاط والاستجابة. أو قد تصبح المستقبلات الحالية غير حساسة، لذا فهي لا تستجيب بنفس القوة، بنفس الحماس، للتحفيز الطبيعي، أو تشارك المزيد من الخلايا العصبية في الدائرة التي تتحكم في الاستجابة لهذه المواد بالتحديد، لذلك يمكنها تقليل أو كبت المحفز الذي كان يغمرها في البداية.

بشكل عام، هذا يعني عادةً أن مسار المكافأة سيتطلب المزيد من الدوبامين، والمزيد من النشاط، لتحفيز استجابة المتعة واللذة. فاجأت التجربة الأولى للمادة مسار المكافأة، وبدأت في تكسية نفسها بالدروع بحيث لا يحدث ذلك مرة أخرى بهذه السهولة. ومن ثم في المرة القادمة التي تظهر فيها المادة، فإنها لا تزال تثير الاستجابة، ولكن ليست مثل تلك الاستجابة الأولى القوية. لذلك، للحصول على نفس الاستجابة، تحتاج إلى تناول المزيد من المادة للحصول على رد الفعل المطلوب من مسار المكافأة، والذي بدوره يستجيب لذلك من خلال اتخاذ موقف دفاعي أكثر، ومزيد من التحمل، ويبدأ نوع من النزاع المسلَّح بين المخدِّرات واللذة.

وليس فقط المخ الذي يفعل ذلك. لا يكون الجسد خاملًا في أثناء حدوث كل هذا. يجب تناول المخدرات أو استنشاقها أو حقنها لتصل إلى المخ. أيًا

كانت طريقة تناولها، تدرك أجزاء الجسد والأنسجة ذات الصلة أن هذه المادة ليس من المفترض لها أن تكون موجودة، لذا فهي تتواءم مع ذلك أيضًا، وتزيد من عمليات تفكيك المادة وتطهير الجسد منها، لذلك غالبًا ما تُفكَّك الجرعات المتتالية من المخدرات ويُتَخَلَّص منها بسرعة أكبر، مما يمنحها وقتًا وفرصًا أقل للتأثير على الجهاز العصبي. يتعلم الجسد والمخ بشكل فعال عند وجود المادة المخدرة، ويعملان على إلغاء وجودها. لذلك، يكون هناك حاجة إلى المزيد من المادة في كل مرة، للحفاظ على آثار المتعة واللذة دون مساس.

لسوء الحظ، فإن أجزاء المخ التي تتغير بواسطة المواد المخدرة ليست أجزاء المخ التي تُستخدَم حصرًا عند تناول تلك المواد، كبعض صالات كبار الزوار التي لم تفتح إلى الآن. لا، فعندما يصبح مسار المكافأة أقل استجابة لتأثيرات المادة ذات التأثير النفسي، فإنه يصبح أيضًا أقل استجابة *لكل شيء آخر*. لذلك، فإن الأشياء التي كانت ممتعة في السابق -كاللقاءات الاجتماعية المسلية وممارسة الهوايات وتناول الطعام البسيط- تصبح أقل متعة، وأقل أهمية، لمن يعانون الإدمان. لا عجب أنهم غالبًا ما يفقدون اهتمامهم في روتينهم اليومي المعتاد وأوقاتهم الترفيهية الاعتيادية؛ ربما تأقلمت أمخاخهم إلى الحد الذي تكون فيه الجرعات المتزايدة من المادة المخدرة هي الشيء الوحيد الذي يمكن أن يسبب المتعة، لذا فهم يسعون وراءها بحماسة أكبر.

يتسبب التحمل أيضًا في حدوث مشكلات لأنه (وفي حين أن مسار المكافأة هو جزء المخ الذي تريد أن تؤثر عليه المادة المخدرة) ليس الجزء الوحيد الذي يتأثر بها. أتذكُر كيف أن تناول مضادات الاكتئاب والأدوية المماثلة يعني أنها موجودة في جميع أنحاء الجسد والمخ، ولذلك يكون لها تأثيرات متعددة في مناطق متعددة؟ ينطبق الشيء نفسه تمامًا على المواد المخدرة الترويحية (التي بدأ معظمها كأدوية في المقام الأول)، وإذا قمت بزيادة جرعة المادة المخدرة لأنك أصبحت متحملًا لوجودها، فسيزيد ذلك من آثاره الجانبية أيضًا. وعند تناول الجرعات العالية جدًّا، يمكن أن تكون المواد المخدرة قاتلة. يمكن للكثير من الكحول أن يثبط آليات الجهاز التنفسي التي تتحكم في تنفسك. يمكن أن يتسبب الهيروين وغيره من المواد الأفيونية في الفتك بأعمال القلب، وما إلى ذلك. مثل هذه الأشياء يصعب التعافي منها. هل

يمكن للمخ أن يصبح متحمِّلًا للعقار بحيث يصبح تناوله مسألة تزعزع بين اللذة والموت؟ إنها نتيجة متطرفة لتناول المخدرات، لكن بالتأكيد، لا يمكن استبعادها.

ستعتقد أنه من المؤكد أن الجميع، بغض النظر عن مدى تعاطيهم للمخدرات، سيتراجعون عن حافة الهاوية قبل أن تصبح الأمور بهذه الخطورة، قبل أن يعني ذلك موتهم. هذا هو الخيار المنطقي الوحيد.

سيكون هذا هو الحال، إذا ترك الإدمان قدرات مخك على التفكير المنطقي وشأنها. لكن من الواضح أنه لا يفعل ذلك.

كيف يحكم إدمانُك تفكيرَك؟

ربما قد تنظر إلى شخص يعاني إدمانًا شديدًا وتقول في نفسك: لماذا بحق السماء يستمر في ذلك؟ إنهم يبعِدون عنهم كل من حولهم من الأشخاص القريبين منهم. إنهم يضرون بصحتهم ورفاههم بشكل خطير. إنهم يضحون بكل شيء عملوا من أجله. لقد نُبِذوا من قِبل المجتمع ككل. إنهم يخاطرون بحياتهم وبالخروج عن القانون والتعرض لنقمته. يفعلون كل هذا فقط لتغذية عادة المخدرات؟ لبضع لحظات من المتعة؟ لا يمكن لهذا أن يكون منطقيًّا.

مما لا شك فيه أنه ليس كل إدمان يصل إلى حافة الهاوية. معظم الإدمانات ليست كذلك. لكن التصوير الإعلامي السائد للإدمان غالبًا ما يكون على هذا المنوال. ربما يرجع السبب في ذلك إلى أن معظم المدمنين البارزين هم على الدوام من المشاهير، أولئك الذين يحققون شهرة كبيرة وترحابًا من المجتمع، لكنهم يخسرون كل شيء، وغالبًا ما يخسرون حياتهم، وذلك بسبب إدمان المخدرات. كيف يمكن أن يكون ذلك منطقيًّا لأي شخص؟ من المسلَّم به أن الحياة كأحد المشاهير لها بلا شك العديد من التعقيدات والمتغيرات التي تؤثر على كيفية اتخاذك للقرارات، لكنني قد لا أعرف هذه التفاصيل.

لكن حتى دون فوقعة الشهرة المشوَّهة، تظهِر الأدلة أن تعاطي المخدرات والإدمان المتكرر والمزمن يغيِّر طريقة تفكير صاحبه. لذا فإن ما قد يبدو لك وكأنه قرار لا يحتاج إلى تفكير، قد يبدو شيئًا مختلفًا تمامًا لشخص يقع

في قبضة الإدمان. في نهاية الأمر، فالإدمان يعتبر اضطرابًا نفسيًا، لذا فإن اضطراب التفكير والإدراك هو بلا شك جزء كبير منه.[8]

كثيرًا ما يُقال لنا «اتبع أحلامك»، «افعل ما تحب»، «دلل نفسك»، وما إلى ذلك. تلعب الأشياء التي نحبها ونستمد منها المتعة والرضا دورًا كبيرًا في تشكيل طريقة تفكيرنا وتصرفنا وتخطيطنا على المدى القصير والطويل. يُسَهِّل ذلك من خلال الروابط بين قشرة الفص الجبهي لدينا -منطقة التفكير والتخطيط والتعقل لدينا- ومسار المكافأة. لأنه، كم مرة تفكر في فعل شيء ما فقط لأنك تشعر أو تعلم أنك ستستمتع به؟

وبالمثل، فإن المناطق الأمامية من المخ، متضمنة قشرة الفص الجبهي، تشكل شبكة معقدة تؤدي إلى خلق الحوافز (Motivation) ومعالجتها. يصف ذلك البعض بأنه السلوك الهادف (Goal-Directed Behavior). إنها ظاهريًا قدرتنا على التعرف على الأهداف، والتي ترشدنا بدورها إلى التفكير والتصرف بطرق تسمح لنا بتحقيقها. مرة أخرى، نظام المكافأة هو عنصر أساسي هنا. حتى لو لم يكن الهدف في حد ذاته ممتعًا موضوعيًا، كأن تقضي ساعة في التمرين في صالة الألعاب الرياضية، فإن الإنجاز لهدف ما بنجاح، أو القيام بشيء شاق يجعلنا أقرب إلى الحالة التي نود أن نكون عليها، يمكن أن يكون مجزيًا للغاية. يشير عدد لا يحصى من الأشخاص إلى شعورهم بالرضا والقناعة بعد «يوم عمل صادق»، على حد تعبيرهم. ما قلناه هنا جزء كبير من ذلك.

في الواقع، غالبًا ما يكون لدينا أهداف ومُثُلٌ في المقام الأول لأننا علمنا أنها مجزية بطريقة ما. يمكن أن يؤدي الاستمتاع بالتفاعل الجماعي والنصر إلى تحفيز رغبة الشخص في أن يصبح لاعب كرة قدم محترفًا. يمكن أن تؤدي تجربة الطفولة المثيرة المتمثلة في الإطراء على غناء أغنية في مسرحية مدرسية إلى أحلام النجومية الموسيقية. تدعم أجزاء المكافأة والمتعة في المخ أيضًا قدرتنا على التعلم، بأكثر الطرق الأولية والأساسية. على المستوى العصبي البسيط، تُجرى صلة بين حدوث شيء ما، ومدى جودة أو سوء نتيجته.

إذا فعلنا شيئًا وحدث لنا بذلك شيء سيئ، نتجنب القيام به مرة أخرى. إذا فعلنا شيئًا ولم تكن له نتيجة جيدة أو سيئة، فإننا لا نربط بفعلنا هذا

أي نتيجة. إذا فعلنا شيئًا وحدث لنا بذلك شيء مجزٍ، فإننا نشعر بالمتعة، لذلك نتعلم أن هذا شيء جيد، ونميل إلى البحث عنه والقيام به مرة أخرى. إن أمخاخنا الكبيرة قادرة بالتأكيد على إجراء عمليات تعلم أكثر تعقيدًا من هذا بكثير، لكن الكثير من تفكيرنا وتعلمنا للأشياء لا يزال يتأثر بشدة بهذه المبادئ الأساسية، مبادئ التعلم الارتباطي (Associative Learning) والإشراط (Conditioning)،[9] نفس المبادئ التي أظهرتها كلاب بافلوف الشهيرة. بشكل عام، من الأسهل دائمًا تعلم وتذكر الأشياء التي نستمتع بها، على نقيض الأشياء التي لا نبالي بها.

الهدف الأساسي من كل هذا هو التأكيد على أن مسار المكافأة يتورط بشدة في الآليات الكامنة لدينا وراء التحفيز والتخطيط والتفكير وغيرها من الأشياء. لقد رأينا سابقًا أن اللوزة تتورط بالمثل في العديد من عمليات التفكير والاستدلال الخاصة بنا، لذا فإن فرط نشاط اللوزة يمكن أن يعطي كل شيء نمر به نزعة تميل بنا إلى التوتر والقلق. يحدث لنا شيء مماثل مع مسار المكافأة. عندما يكون هذا المسار مفرط النشاط، مفرط التأثر بالمادة المخدرة، فإن هذا يؤدي إلى حدوث تغييرات. لكن التغييرات لا تحدث فقط في هذا المسار، فهي تؤثر على العديد من الأشياء المرتبطة به أيضًا، مثل المناطق المسؤولة عن التفكير والدوافع وما إلى ذلك.

واحدة من أكثر السمات المسببة للضغوطات والمميزة للإدمان هي كيف يقوم الفرد المدمن بإعطاء الأولوية لإدمانه على جميع احتياجاته ودوافعه الأخرى. يبدو أنهم لا يهتمون كثيرًا، أو لا يهتمون على الإطلاق، بأصدقائهم وعائلتهم، أو بالاعتناء بصحتهم ورفاههم، أو حتى بسلامتهم الشخصية. في أكثر الحالات تطرفًا، يبدو أن الإدمان يتسبب في فقدان الاهتمام بالنظافة الأساسية والامتثال للمعايير الاجتماعية، أو حتى القانونية.

وهذا بالطبع مصدر آخر للوصمات الشديدة. لقد درسنا كيف يمكن لمشكلة الصحة النفسية أو العقلية أن تدمر علاقات المصاب بها، بسبب تأثيرها على سلوكياته، وتأثيرها على امتثاله للأعراف المجتمعية المتوقَّعة. حسنًا، ماذا عن الابتلاء الذي يجعلك تتجاهل كل من حولك، كلهم جميعًا، بل وتتجاهل حتى صحتك؟ إن تكوين رأي سلبي عن مثل هذا الشخص سيكون

أمرًا تلقائيًّا إلى حد كبير، وذلك على الرغم من تعطل تفكيرهم ودوافعهم بطرق ربما لا يكونون على دراية بها.

لتوضيح الأمر، فإن إدمان مادة ما يغيِّر حقًّا من طريقة تفكيرك وتصرفك حيال هذه المادة. الأمر أبعد من مجرد كونه فشلًا في ضبط النفس، أو انغماسًا وقحًا في الذات، أو خللًا في ترتيب الأولويات، كما يعتقد الكثيرون. الأمر في الواقع أقرب لحقيقة أن استخدام المادة المخدِّرة يعني أن أجزاء المخ المسؤولة عن ضبط النفس، وإدراك المخاطر والمجازفات، وتحديد الأولويات قد تغيرت بشكل حقيقي، بل وَوُجِّهَت حتى بحيث يكون للحصول على المادة المخدرة الأسبقية على أي شيء آخر.[10] ولأن العمليات الكامنة وراء التفكير والدوافع قد تغيرت، فقد يجد المدمن الحقيقي صعوبة حتى في إدراك أن سلوكياته وطريقة تفكيره ضارة به أو بالآخرين.

ليس الشعور بالخزي أو الذنب أو الخوف هو الذي يجعل الناس ينكرون أو يقللون من شأن إدمانهم. هذه الأشياء ذات صلة بلا شك، ولكن في كثير من الحالات يكون المخ قد تكيف داخليًّا على وجود المادة المخدرة بطرق تجعله أقل قدرة على إدراك أن هناك أي شيء ما غير صحيح، أو للقيام بتقليلها أو الحد من تناولها إذا أدركوا ذلك، لأن الكثير من عمليات المخ موجهة نحو الحفاظ على الذات وحماية الأنا وحماية الهوية والمعتقدات ونظرتنا للعالم من التغيير والاضطراب. وإذا أصبح إدمانك جزءًا من هذه الأشياء، فسيصبح مخك مبرمَجًا للدفاع عن ذلك أيضًا بشكل غريزي.

هذا لا يعني أن الشخص المدمن لا يستطيع التفكير، أو أنه يعاني إعاقة فكرية بطريقة ما. الأمر بعيد كل البعد عن هذا. يحتفظ معظم المدمنين بملكاتهم الطبيعية في كل الجوانب الأخرى. في الواقع، يجد الكثير من الناس أن إبداعهم وذكاءهم قد تحسنا في أثناء وجودهم تحت تأثير المادة المخدرة. ولكن الأمر كما لو كانت هناك نقطة عمياء من نوع ما أو فلتر يمحِّص إدراكهم للأشياء عندما يتعلق الأمر بتحليل عاداتهم في تعاطي المخدرات والتوصل إلى استنتاجات واقعية. لهذا السبب، فإن إقناع شخص ما بإدمانه هو عملية تثير الضغوطات. وحمله على فعل شيء حيال ذلك هو شيء أكثر إثارة للضغوطات.

وبالحديث عن الضغوطات...

الضغط الحقيقي للإقلاع

كما هو الحال مع العديد من الأشياء التي ذكرناها إلى الآن، وفي حين أن بعض المدمنين قد يكونون غير قادرين حقًا على التفكير في إدمانهم بطريقة عقلانية، فإن هذا تصور متطرف نسبيًا. لأنه عندما تنظر إلى الأمر، فإن هناك عددًا لا يُحصى من المدمنين الذين *يحاولون* الإقلاع عن الإدمان. هذه حتى أحد معايير الإدمان التي ذكرناها: المحاولات الفاشلة للإقلاع عن الإدمان. بغض النظر عما إذا كانت تلك المحاولات قد نجحت أم لا، من الواضح أن المدمنين لا يزالون قادرين على التفكير العقلاني والوعي الذاتي، حتى وإن قُوِّضَت. لا يزال بإمكانهم إدراك أن هناك مشكلة، وأخذ قرار أنهم بحاجة إلى فعل شيء ما حيال ذلك، وتشجيع أنفسهم وتحفيزها بما يكفي لبذل الجهد لفعل ذلك.

إذًا، لماذا لا يزال ترك الإدمان بهذه الصعوبة؟ إذا كان الأمر يتعلق فقط بالتعرف على المشكلة وتجنب سببها، فلماذا يعاني الكثير من الناس؟ لماذا تكون عملية إعادة التأهيل (Rehab) عملية طويلة الأمد؟ لماذا يكون الانتكاس (Relapse) شائعًا جدًّا؟ جزء كبير من الإجابة عن هذه الأسئلة هو الانسحاب (Withdrawal)، هذه الظاهرة التي تحدث للمدمن عندما يتوقف عن تعاطي المخدرات، فيعاني بذلك ردودَ أعراض مزعجة لكيانه.

لماذا؟

إحدى المشكلات هي كل تلك التغيرات العصبية التي حدثت في مخ المدمن. لا تختفي تلك التغيرات على الفور بمجرد إزالة الدواء. لا تعود المدينة المتمحورة حول الإستاد إلى وضعها الطبيعي لمجرد اختفائه. إذا قمت بإزالة المادة المخدرة من مخ المدمن، وبخاصة إذا فعلت ذلك بشكل مفاجئ، فأنت في الأساس تأخذ نظامًا معقدًا للغاية وتزيل منه جزءًا رئيسيًا، كأن تنتزع شمعات الاحتراق[1] (Spark Plug) من محرك السيارة في أثناء قيادتك على الطريق السريع.

لكن الأمر ليس مجرد أن المناطق المخية التي تعتمد على النشاط الناتج عن المخدرات تُحرَم منها وتكافح دونها من أجل أداء وظيفتها. كشفت

(1) شمعة الاحتراق أو شمعة الإشعال هي جهاز كهربائي يُستعمل في محركات الاحتراق الداخلي مثل السيارات ليساعد على اشتعال الوقود. (المترجم).

الأبحاث الحديثة عن شيء آخر يجعل الأمر برمته أسوأ من ذلك مجددًا. لقد رأينا عدة مرات أن المخ لديه العديد من عمليات الفحص الذاتي والأنظمة التي تتوازن معًا. فلدينا نظاما الدوافع المسؤولان عن *الإقدام والإحجام*. ولدينا خلايا الجلوتامات العصبية المثيرة التي تزيد من نشاط المخ، وخلايا الجابا العصبية التي تقوم بتثبيطه. لدينا اللوزة التي تجعلنا حذرين من التهديدات، والقشرة الجبهية التي تجعلنا نتوقف عن القلق. والآن يبدو أنه بالإضافة إلى وجود نظام المكافآت، لدينا نظام *مضاد* للمكافأة (Anti-Reward System).

تشير البيانات المتاحة إلى أن هذا النظام المضاد للمكافأة يشتمل على الكثير من أنظمة استجابتنا للضغوطات، أجزاء من اللوزة والسطر الطرفي (Stria Terminalis). كما أنه يستخدم مواد كيميائية كعامل إطلاق الكورتيكوتروفين (Corticotrophin-Releasing Factor) والدينورفين (Dynorphin)، والتي ثبت أنها تكون مرتفعة بشكل غير طبيعي عند المصابين بالاكتئاب، أو عند ضحايا الانتحار. هذه المواد الكيميائية لها أدوار متعددة، ولكن بشكل عام يبدو أنها تسبب حالة من الشجن (Dysphoria)، على عكس النشوة (Euphoria). في الأساس، يجعلنا نظام مضاد المكافأة نشعر بعدم الراحة والضيق.

إليكم الجزء المحيِّر: تشير الأدلة إلى أنه عندما نشعر بشيء ممتع، فإن ذلك يسبب نشاطًا كبيرًا في مسار المكافأة، كما نعلم، ولكنه أيضًا يسبب نشاطًا طفيفًا في مسار مضادة المكافأة.

قد يكون هذا فقط للحفاظ على مسار مضادة المكافأة نشطًا دون خمول، للحفاظ على شيء ما عندما لا يكون قيد الاستخدام، ليكون جاهزًا للاستعمال عند الحاجة. لكن من المرجح أن الأمر يتعلق بالتوازن. كانت لدينا مسارات المكافأة في مخنا لفترة طويلة جدًا من الزمان، وكما رأينا، فإن الكثير من النشاط في مسار المكافأة يعد أمرًا سيئًا. لذلك، من المنطقي أن يمتلك المخ شيئًا ما يمنعنا من فقدان السيطرة على أنفسنا في مواجهة الأشياء التي تسبب لنا متعة زائدة. تشير الأبحاث إلى أن النشاط في المسار المضاد للمكافأة يرتفع مع انخفاض النشاط في مسار المكافأة.

إنه نظام ذكي، وأراهن أننا جميعًا اختبرناه إلى حد ما. هل سبق لك أن أحببت طعامًا لدرجة أنك شغلت نفسك به؟ أو وقعت في حب أغنية استمعت إليها مرارًا وتكرارًا لأيام متتالية؟ إذا قمت بذلك، فهذا ممتع. في البداية. ولكن سرعان ما تسأم من الشيء المفضل لديك. يصبح التفكير في تناول المزيد من تلك الأشياء مرهِقًا. تلك الأغنية أصبحت تجعلك تجز على أسنانك بدلًا من أن تحرك قدميك مع ألحانها. إذا كان الأمر يتعلق فقط بتواؤم مسار المكافأة مع تلك الأشياء، فمن المفترض أنك ستصل إلى نقطة لن تثيرك فيها تلك الأشياء على الإطلاق. لكن، الأمر ليس فقط أنك لا تستجيب لتلك الأشياء المحببة لك سابقًا، بل، الآن، أن تنفر منها بقوة. يشير هذا إلى أن نظام مضادة المكافأة لديك له الآن اليد العليا. إنه نظام أنيق حقًا. إنه مثل مفتاح الأمان الذي يمنعنا من أن نستنزَف برغباتنا في الانغماس بالأشياء.

على الأقل، هذا ما يجب أن يحدث في الأمخاخ الطبيعية. لكن تذكَّر أن المواد المخدرة *ليست* جانبًا طبيعيًّا من المخ. إنها لا تجلب لنا المتعة عن طريق أنظمتنا الداخلية، كما قد يفعل الطعام أو الموسيقى. إنهم يقفزون في الحقيقة إلى داخل المخ ويحفزون نظام المكافأة بشكل مباشر[1]، ولذلك لا نصبح منزعجين أو نافرين من وجودهم. كما أنهم يدفعون الأمور، وبالتحديد الأنشطة في نظام المكافأة، إلى ما هو أبعد من الحدود العادية. ويحاول نظام مكافحة المكافأة باستمرار اللحاق بما يحدث.

وهكذا، علاوة على نظام المكافآت الغائب عن الوعي تمامًا، تمنحك المواد المخدرة في نفس الوقت نظامًا مضادًا للمكافأة فائق الشحن. و، أتذكُر ما قلته لك عن أن مسار المكافأة ليس مختصًا بالمواد المخدرة فقط، ولكن لكل الأشياء الممتعة التي تشعر بها؟ الأمر نفسه ينطبق على مسار مضادة المكافأة؛ يستجيب لكل شيء تقريبًا. والتصور السائد هو أن المسار المضاد للمكافأة، الذي عُزِّز بشكل كبير عن طريق التعاطي المزمن للمخدرات، يبالغ في رد فعله تجاه كل شيء، لأن النشاط الأولي المعتاد والتوازنات الدقيقة خارجة عن السيطرة تمامًا. وهذا يسبب المزيد من الضيق وعدم الارتياح والاستياء في المخ المدمن، استجابة حتى للضغوطات والمتاعب الطفيفة.

---

(1) أو على الأقل «بشكل مصطنع»، بطريقة ما أو بأخرى.

اسأل أي مدمن مخدرات يتعاطى منذ فترة بعيدة، سيقول لك إن الأيام التي كان تعاطيه فيها للمخدرات يشعِره بشيء جيد قد ولت منذ فترة طويلة. الآن، هو يتعاطى المخدرات فقط حتى يشعر بأنه طبيعي. يحتاج التوازن الداخلي لمخهم إلى الحد الأدنى من جرعة المادة المخدرة لحث نشاط كافٍ في مسار المكافأة لإلغاء النشاط المضاد للمسار مضاد المكافأة المعزَّز بشكل كبير. هذا هو السبب في أن الانسحاب عرض شديد. هذا هو السبب في أن التوقف عن تناول المخدرات يمثل محنة وكابوسًا مرعبًا. لا يعني ذلك فقط غياب المتعة الناتجة عن تعاطي المخدرات، بل يعني أيضًا وجود إزعاج كبير وضيق، وذلك بفضل نظام مضادة المكافأة المتضخم الذي يجعلك حساسًا بشكل لا يصدَّق لأي شيء مزعج.

رأينا في فصل القلق السابق مدى سوء الأمور عندما يكون نظام الاستجابة للضغوطات في المخ مفرط النشاط ولو بشكل طفيف. نظام الاستجابة للضغوطات لدى المدمنين المزمنين، والذي يعد نظام مضادة المكافأة جزءًا كبيرًا منه، يكون أيضًا مفرط النشاط إلى حد كبير. علاوة على ذلك، فإن نظام المكافآت الخاص بهم، الجزء الذي يسمح لهم بالشعور بالمتعة ويلغي الآلام والضغوطات، لا يستجيب لأقصى الحدود، مثل الجلد السميك الموجود على إبهام النجار غير البارع. بشكل عام، هذا يعني أن الإقلاع عن التعاطي، والتعرض للانسحاب الشديد، يمدنا بسرعة بجميع الآثار السيئة للضغوطات الشديدة والآلام، وحرفيًا، لا يوجد شيء يمكن أن يجعلهم يشعرون بتحسن، لأن الجزء من مخهم الذي يسمح لهم بالشعور بالتحسن بالكاد يستجيب لأي شيء. باستثناء المواد التي اعتادوا تناولها. ومن ثم، فإن عملية الإقلاع عن الإدمان هي تجربة غير سارة للغاية. وفي بعض الحالات القصوى، يمكن أن تكون خطيرة لدرجة أنها تسبب إصابات دائمة، أو قد تؤدي حتى إلى الموت.[11]

وهذا يساعد أيضًا في تفسير سبب شيوع الانتكاس، ولماذا يعد الحفاظ على الامتناع عن تناول المخدرات أمرًا صعبًا بالنسبة إلى الكثيرين. تلك التغييرات التي حدثت في المخ، لا تختفي *تمامًا*. كل تلك الدوائر التي تعلمت أن وجود مادة معينة يعني وجود المتعة أو الراحة، وكل هذا الانتفاخ في نظام الاستجابة للضغوطات لا يزال موجودًا. قد تتضاءل تلك الدوائر أو تنكمش أو

تكون خامدة، ولكن وعلى الرغم من قدرات المخ العالية على التكيف والتغير، فإنه غالبًا لا يتخلص منها تمامًا. هذه التغييرات هي نتيجة الاستخدام المستمر لمواد مخدرة قوية، *وانعدام* الشيء لا تكون له نفس آثار وجود الشيء. إن احتراق منزلك مرة واحدة سيجعلك يقظًا جدًّا وحذرًا من النيران. لكن المرات التي لا تُحصى التي لا يحترق فيها منزلك من النار لن تغير من ذلك كثيرًا.

النقطة التي أود إيضاحها هي أن التغيرات التي تحدث في المخ على فترة طويلة تستقر وتثبت، ولا يتطلب الأمر الكثير لإثارتها مرة أخرى. التعديلات التي تحدث في المناطق المسؤولة عن التفكير والتخطيط تعني أنه من الصعب على المدمن ألا يفكر في إدمانه. وتعزيز نظام مضادة المكافأة يعني أن الاستجابة للضغوطات تكون أكثر شدة، لذا فإن أي شيء ضاغط يحدث في حياة المدمن (وهو شيء شائع بين المدمنين المتعافين) يصيبهم بشدة، مما يجعلهم أكثر حاجة إلى وضع حد له. وإذا كان الشيء الوحيد الذي تعرف أنه يمكنه فعل ذلك هو المادة التي تتعاطاها؟ حسنًا...

مما لا شك فيه أن ما ذكرناه هنا يستند إلى حالات الإدمان المتطرفة. نحن نتحدث عن الاستخدام المستمر لأقوى أنواع المخدرات، كالهيروين. ليست لكل المواد المخدرة القوة أو الفعالية لتصل إلى هذا الحد. لكن هذا لا يعني أنه من السهل الإقلاع عن الإدمان. كم من الناس يحاولون الإقلاع عن التدخين، ويفشلون؟ بالتأكيد، السجائر معتدلة نسبيًّا من حيث فاعلية المادة التي تحتوي عليها، لكن التدخين لا يزال يسبب تغيرات في الأنشطة الأولية للجهاز العصبي، والتي قد يكون من الصعب التحكم فيها.

وإذا اعتُبِرَ استخدام مادة ما «ليس سيئًا للغاية»، فهذا لا يعني أن عواقب الاستمرار وعدم الإقلاع عن تناولها ليست سيئة للغاية أيضًا. ولذلك قد يكون هناك القليل مما يدفعك أو يحفزك للإقلاع عن التدخين، وبخاصة إذا كنت تعاني الكثير من الضغوطات. الإدمان يختلف بلا شك من مادة لأخرى. لكن الإدمان يظل إدمانًا، والآليات الأساسية الكامنة وراءه تظل كما هي.

وإليكم الشيء الغريب: في بعض الأحيان، يمكن أن يحدث الإدمان دون استخدام مواد مخدرة على الإطلاق.

إدمان الأفعال، لا المخدرات فقط

غالبًا ما يُعالَج إدمان الهيروين بالميثادون. الميثادون هو عقار أفيوني آخر كالهيروين، لكن خصائصه الكيميائية المختلفة تمكّنه من معالجة أسوأ أعراض انسحاب الهيروين دون المحافظة على الإدمان. إنه كالمحطة في منتصف الطريق المؤدي إلى التعافي، يجعل الفرد يتخطى أعراض الانسحاب القوية، حتى يتمكن من استعادة ضبط نفسه وتجنب المخدرات، دون أن يتسبب في جعل أجزاء لا حصر لها من المخ والجسد تصرخ من الألم.

يتفاعل الناس مع الميثادون بأشكال مختلفة -يمكن أن تستغرق الدورة الفعالة لتناوله بداية من فترة تقل عن الشهر إلى ستة أشهر- ولكن يبدو أنه يؤدي مهمته. إلا أنه غالبًا ما تحدث مضاعفات ومشكلات غريبة من تناوله.

على سبيل المثال، هناك اختلاف رئيسي آخر بين الهيروين والميثادون، وهي كيفية تناولهما. يقوم متعاطو الهيروين الجادون بحقنه في أجسادهم. على النقيض من ذلك، الميثادون يؤخذ عن طريق الفم؛ يُبتلَع، غالبًا على شكل سائل أخضر لامع[1]. من الناحية التقنية، لا ينبغي لذلك أن يكون مشكلة؛ عن طريق الفم أو عن طريق الأوردة، إذا كان التأثير الكيميائي على المخ هو نفسه، فما الذي يهم؟

لسوء الحظ، البشر ليسوا بهذه البساطة. هناك بعض الحالات التي يأخذ فيها المدمنون الميثادون الخاص بهم، لكنهم لا يتناولونه بالطريقة المعتادة. بدلًا من ذلك، يبصقون الميثادون في الحقنة ويحقنون بها أوردتهم. إنه فعل مقزز، وغير صحي لدرجة خطيرة، ويجعل الدواء أقل فعالية. إذًا، لماذا يفعلون ذلك؟

إنه مثال آخر نرى فيه المخ البشري قويًا *أكثر* من اللازم، لأنه لا يدرك فقط التأثير الكيميائي الأساسي للمادة المخدرة، بل إنه يحلل أيضًا كل التفاصيل والأساليب والسلوكيات الخاصة بتناول المادة المخدرة ويحتفظ بها. القصة باختصار هي أنك إذا كنت تتعاطى مخدرًا بانتظام عن طريق الحقن، فإن مخك يتعلم أن *الحقن يجلب اللذة*، لذلك يصبح الحقن فعلًا ممتعًا في حد

(1) يشبه إلى حد كبير العقارات الموجودة في القصص الخيالية، وقد يكون هذا شيئًا جيدًا أو شيئًا سيئًا.

ذاته. أنت تنتقل من حقن المادة المخدرة إلى بلعها، هناك خدعة ما تحصل، يُحتال عليك بطريقة ما، بالنسبة إلى مخك على الأقل. يمكن أن يحدِث هذا كل الفرق في نجاح العلاج من عدمه. تذكَّر إن الاحتمالية المجرَّدة لحدوث شيء سيئ لنا تؤدي بالفعل إلى إثارة استجابة الضغوطات والتي بدورها تؤثر علينا جسديًا. يحدث الشيء نفسه هنا: مجرد التفكير في أن شيئًا ما يثير المتعة حقًا يجعله كذلك.

والأمر لا يقتصر على حقن الهيروين. «تدخين» السجائر الإلكترونية (Vaping with E-Cigarettes) يحظى بشعبية كبيرة الآن، ويبدو أنه قد حالفه الحظ أكثر من علكة أو لصقات النيكوتين عندما يتعلق الأمر بإبعاد الناس عن السجائر (ضمن حدود المعقول).[12] لماذا؟ أحد التفسيرات هو أن وضع شيء ما في فمك واستنشاقه هو أقرب بكثير إلى التدخين العادي، وهو شيء يربط مخك بينه وبين رشفة النيكوتين بقوة. ومن ثم، فإن الاستنشاق يلبي التوق الشديد في الحصول على النيكوتين، بطرق لا تقدر عليها لصقات النيكوتين التي توضَع على الذراع.

ويقول العديد من المدخنين العاديين إنهم لا توجد لديهم مشكلة مع الامتناع عن التدخين في الأغلب، لكنهم لا يستطيعون مقاومة إشعال سيجارة وهم يشربون الكحول. صحيح، فالكحول يقلل من موانع الأفعال، وبالتالي تضعف القدرة على مقاومة الرغبة في التدخين، فيستسلمون. بمرور الوقت، من شأن الارتباط القوي بين شرب الكحول ووجود النيكوتين أن يطور ويعزز الرغبة، والتوقع، لوجود السيجارة عند وجود الكحول.

ومع ذلك، فهذه كلها سلوكيات تشكِّل جزءًا من روتين تعاطي المخدرات، أو من طقوس تعاطي المخدرات إذا كنت تفضل ذلك. لكن إليك السؤال: هل يمكن للسلوكيات أن تكون إدمانية في ذاتها دون تدخل مادة كيميائية خارجية في المعادلة؟ هل يعني تعقيد مخنا أن الجزء الذي ينتِج الشعور باللذة والمتعة في المخ يمكن إثارته بقوة، مما يؤدي إلى ظهور آثار الإدمان، من خلال بعض الأفعال أو السلوكيات المحفِّزة؟

على ما يبدو، نعم، ذلك ممكن. لكن قاعدة الأدلة على ذلك أكثر ضبابية وغموضًا.

عندما حُدِّث الإصدار الرابع من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-4) إلى الإصدار الخامس (DSM-5) ظهر فيه مدخل جديد في فئة الاضطرابات المرتبطة بالمواد والإدمان: إدمان القمار (Gambling Disorder).[13] تمت مراجعة الأدلة وارتأت اللجنة المقيمة أنه، وعلى الرغم من أن القمار لا توجد به مواد ذات تأثير نفسي، فإن إدمان القمار يلبي ما يكفي من الشروط ليُصنَّف جنبًا إلى جنب مع إدمان المخدرات الأكثر شهرة، كاضطراب إدماني حقيقي. يحاول مدمنو القمار بانتظام التوقف عن القمار، لكنهم لا يستطيعون ذلك. يقامرون بأشياء أكثر مما يستطيعون تحملها. يفقدون العلاقات والوظائف ويتخلون عن الحياة الاجتماعية لتغذية إدمانهم. ينكرون أن لديهم مشكلة، حتى لو كانت مشكلتهم صارخة الوضوح. وهكذا وهكذا. بالتأكيد، إدمان القمار هو إدمان. ولم لا يكون كذلك؟

هذا سؤال جيد. ولماذا فقط القمار؟ ألا توجد العديد من السلوكيات الأخرى التي من الواضح أنها تسبب الإدمان؟ ربما. لكن مرة أخرى، الأمر ليس بهذه البساطة. عندما يتعلق الأمر بالمسائل السلوكية، فهناك الكثير من الطرق الأخرى لتعريفها أو وصفها دون التذرع بالإدمان الكامل.

في السابق، كانت المقامرة تُعتبَر من «اضطرابات التحكم في الاندفاعات» (Impulse Control Disorders). نوع مختلف من مشكلات الصحة النفسية والعقلية. عندما تعلم أن سلوكًا معينًا سيكون ممتعًا، فأنت غريزيًّا واندفاعيًّا تُدفَع للقيام بذلك السلوك. ولكن إذا كان لهذا السلوك أو الفعل (على الرغم من كونه ممتعًا) عواقب سلبية، على الأرجح، أو، بالتأكيد، فأنت تدرك أنه لا ينبغي لك القيام به، لذلك توقِف نفسك.

يمكن لمعظم الناس أن يوازنوا بين الإيجابيات والسلبيات ويمنعوا أنفسهم من الانصياع لهذا الدافع الممتع المحفوف بالمخاطر. بالتأكيد، سيكون من الممتع ممارسة الجنس مع هذه المرأة، لكنني متزوج، وهي أيضًا متزوجة، من أعز أصدقائي. ستكون تجربة ممتعة، لكنها ستدمر حياتنا كلها، ولذا لن أفعل ذلك. أو سيكون من الجيد أن يكون لديَّ المزيد من المال، حتى أتمكن من أخذ محفظة هذا الشخص الذي تركها بلا رقابة. لكنني بهذا سأخالف القانون، وسأعرِّض نفسي لكل العواقب السلبية التي يمكن أن تحدث لي

بسبب هذا الفعل. وسيتضرر صاحب المحفظة البريء من فعلي، لذلك لن أفعل هذا.

وهذا مثال آخر، إذا كنت ترغب في ذلك، على البنية العامة لأمخاخنا وتكوينها. تثير الأنظمة الأقدم والأبسط رد أفعال سريعة دون تفكير. لكن عمليات تفكيرنا الأحدث والأذكى تتدخل وتضغط على المكابح، باستخدام وعيهم الأكبر بالعواقب بعيدة المدى. تحدث العمليات الأقدم والأبسط غير الواعية بسرعة كبيرة، لذلك لا نزال نشعر بالاندفاع للقيام بالأشياء التي تجلب لنا المتعة دون تفكير. لحسن الحظ، فإن عملياتنا الأكثر ذكاءً سريعة وقوية بما فيه الكفاية لتمنعنا من التصرف بناءً على تلك الاندفاعات. لا يمكنهم إيقاف الاندفاعات تمامًا، لكن يمكنهم منعها من إملاء سلوكياتنا علينا. إنها تمنحنا ضبط النفس.

ولكن إذا كنت تعاني اضطراب التحكم في الاندفاعات، فغالبًا ما تفتقر إلى ضبط النفس هذا، وهذه القدرة على قول «لن أفعل ذلك». قد يكون لديك وعي بأن شيئًا ما ستكون عواقبه سيئة، لكنك غير قادر على منع نفسك من القيام به على أي حال. تحتوي مشكلات التحكم في الاندفاعات أيضًا على طريق مميز واضح المعالم: يشعر الفرد بالاندفاع لفعل شيء ما، فيشعر بانقباض متزايد ما لم يلبِ رغبة هذا الاندفاع، ويشعر باللذة عندما يلبي رغبة هذا الاندفاع، ومن ثم يشعر بالراحة من اختفاء الشعور بالانقباض الذي كان لديه من عدم تلبية رغبة الاندفاع، فيشعر بعد ذلك في النهاية بالذنب، أو بالخزي. قد لا تحدث آخر خطوة دائمًا، ولكنها قد تحدث بشدة كبيرة أيضًا.

على الرغم من وجود بعض التداخلات الكبيرة بينهما، فإن هذا ليس هو الإدمان.[14] يختلف اضطراب التحكم في الاندفاعات نوعيًا من نواحٍ عديدة. على سبيل المثال، لا يبدو أن اضطرابات التحكم في الاندفاعات تنطوي على خاصية عدم إدراك وجود مشكلة، وهذا أمر شائع في الإدمان. ولا يبدو أن اضطراب التحكم في الاندفاعات يأتي في صحبة تقليل أولويات الجوانب المهمة الأخرى في حياة الفرد؛ لا يبدو أن المصابين بهذا الاضطراب يقللون اهتمامهم كثيرًا بعملهم وعلاقاتهم، لن يكون الشعور بالذنب والخزي أمرًا شائعًا بالنسبة إليهم إذا كان هذا هو الحال. لا يبدو أن اضطرابات التحكم في

الاندفاعات تتميز بأعراض التحمل والانسحاب الشائعة في العديد من حالات الإدمان.

لكن على الرغم من ذلك، وكما ذكرنا، فهناك قدر كبير من التداخل بين الإدمان واضطراب التحكم في الاندفاعات. يؤدي الافتقار إلى التحكم في الاندفاعات بلا شك إلى زيادة احتمالية تجربة المخدرات أو الأنشطة غير المشروعة من البداية، مما يزيد بشكل كبير من احتمالات الإصابة بالإدمان. وفي المقابل، يفيد البعض أنك إذا كنت مدمنًا لشيء ما بالفعل، فسيجعلك ذلك أقل تحكمًا في اندفاعاتك، وهذا أمر منطقي، إذا نظرنا إلى كيفية تعرض عمليات ضبط النفس في مخك للخطر عند الإدمان، كما ذكرنا.

لكن على الرغم من ذلك، من المهم (لجميع الأسباب التي نوقشت سابقًا) أن تكون واضحًا قدر الإمكان عندما يتعلق الأمر بتشخيص شخص ما. لذلك من الضروري التمييز بين اضطرابات التحكم في الاندفاعات والإدمان.

لا يعني هذا أن هذه تفرقة سهلة. والأمر يصبح أكثر تحييرًا عندما نضيف الجوانب الثقافية والمجتمعية إلى المعادلة أيضًا. على سبيل المثال، مصطلح إدمان الجنس (Sex Addiction) هو مصطلح شائع، ولكن حالات السلوك الجنسي المفرط، أو فرط الشهوة الجنسي (Hypersexuality)، من المرجح أكثر بكثير أن تُعتبَر من اضطرابات السيطرة على الاندفاعات[15]. الأدلة على أنك يمكن أن تكون مدمنًا حقيقيًا للجنس، بألا تستطيع الحياة دونه وأن تفني حياتك في محاولة الحصول عليه، لا تزال غير شافية.

لكن هذا أمر محيِّر بشكل خاص، لأن المصادر الاعتيادية للإدمان، مثل الكحول والمواد الأفيونية والنيكوتين، هي عوامل خارجية، وغريبة بالكلية عن أنظمتنا الجسدية. نحن نعلم أن الكمية المناسبة من الهيروين التي يجب حقنها في أجسادنا هي اللاهيروين. لكن الإنسان الناضج يريد ممارسة الجنس. هذا من المفترض أن يحدث. إذًا أين ترسم الخط الفاصل بين الدافع الجنسي البشري الطبيعي والاضطراب العيادي؟ لأن الجنس دافع بشري أساسي، من الذي سيقول متى يُعد الجنس أكثر من اللازم؟ لدينا جميعًا تفضيلاتنا الشخصية، ولكن ما تريده أنت وما يريده شخص آخر فيما يتعلق بالجنس يمكن أن يختلف بشكل كبير. وهناك الكثير من التوقعات الثقافية

القمعية التي تربك الأمور أيضًا. أتذكُر في الفصل الأول عندما تحدثنا عن الشبق (Nymphomania)، لأن رغبة النساء في ممارسة الجنس كثيرًا كانت تعتبَر اضطرابًا نفسيًّا لفترة طويلة مقلقة، بدلًا من أن يكون ذلك تعبيرًا طبيعيًّا عن الاختلافات البشرية؟

من المسلَّم به أن هناك العديد من أنواع السلوك الجنسي الإشكالي المعترف به في مجالات الصحة النفسية والعقلية، مثل فرط الشهوة الجنسية (Hypersexuality)، حيث يريد الناس ممارسة الجنس ويسعون لفعل ذلك بطرق تتجاوز التوقعات أو الحدود المعقولة، إلى الحد الذي يضر بنمط حياتهم وظروفهم. ولكن في العديد من الحالات الأخرى، فإن الغموض بشأن ما يعتبَر سلوكًا جنسيًّا غير صحي حقًّا يمثِّل مشكلة مستمرة.

التكنولوجيا هي أحد الأشياء الأخرى التي تزيد الأمور حيرة وغموضًا. يعد إدمان الهواتف الذكية والإنترنت أيضًا من المصطلحات التي تُطرَح بانتظام في وسائل الإعلام، ولكن مرة أخرى، فإن الدليل وراء مثل هذه الادعاءات أقل حتمية بكثير. خلصت دراسة مستفيضة نُشرت في عام 2018 في مجلة *الإدمان السلوكي* (Journal of Behavioral Addiction) إلى أنه وعلى الرغم من وصفها بانتظام على هذا النحو، فإنه لا يوجد دليل واضح على أن الهواتف الذكية تسبب الإدمان بالفعل،[16] بالمعنى الدقيق لكلمة الإدمان. هذا لا يعني أن الهواتف الذكية غير ضارة تمامًا، أو أنه لا يمكن الإفراط في استخدامها، أو أنها لا يمكنها أن تؤدي إلى تغييرات سلبية في السلوك. إنها فقط لا تتخطى مشارف معايير تشخيص الإدمان. يقترح مؤلفو هذه الدراسة اعتماد مصطلحات جديدة، مثل «الاستخدام المُشكِل» (Problematic Use) أو «السلوكيات غير التكيفية» (Maladaptive Behaviors)، لوصف الاستخدام المفرط والمضطرب للهواتف الذكية.

هل يمكن القول إن الهواتف الذكية تؤدي إلى اضطراب في التحكم في الاندفاعات؟ يبدو أنه يمكن ذلك، بالنظر إلى عدد المرات التي يفحص فيها الأشخاص هواتفهم دون وجود سبب واضح. لكن هل يشعرون بالانقباض والتوتر والسرور والذنب عند تفحص هواتفهم؟ قد يقول معظمهم لا، إنه

حدث يومي غير ضار. ربما تحتاج الهواتف الذكية بالفعل إلى مصطلحاتها الأصيلة الخاصة بها لوصف المشكلات السلوكية التي تؤدي إليها.

وبالمثل، هل إدمان الإنترنت حقيقي؟ هل ينبغي اعتباره مشكلة صحية نفسية حقيقية؟ قد تعتقد ذلك. يقضي عدد لا يحصى من الأشخاص كل ساعات استيقاظهم على الإنترنت، بغض النظر عما يدرُّه ذلك على صحتهم أو حياتهم الاجتماعية. كيف لا يكونون مدمنين؟ المشكلة في هذه الحجة هي ماذا تعني بالتحديد كلمات «على الإنترنت» أو «الإنترنت» هنا؟ إنها مصطلحات أوسع بكثير مما قد يكون مفيدًا عياديًا. على سبيل المثال، ماذا لو قضى شخص ما كل وقته في الدردشة على الإنترنت مع الأصدقاء وممارسة الألعاب كفرد من مجموعة؟ هذا بعيد كل البعد عن قطع العلاقات والإضرار بها، إنهم يقومون بصقلها. إنهم لا يرفضون أوقات الترفيه، بل يلاحقونها. هذا هو عكس ما نتوقعه من الإدمان. هذا ممكن لأنك يمكنك أن تكون على الإنترنت باستمرار ولديك حياة اجتماعية وهوايات ثرية. تقدمت التكنولوجيا إلى النقطة التي أصبح فيها هذا خيارًا متاحًا. وهذا يجعل التشخيص القائم على معايير صارمة أكثر صعوبة.

أو ماذا لو كان شخص ما يلعب باستمرار ألعاب القمار عبر الإنترنت؟ هل هذا إدمان الإنترنت أم إدمان القمار؟ قد يكون الإنترنت هو القناة التي يصل من خلالها إلى الألعاب، لكن المقامرة هي المشكلة. إذا فعل الشخص نفس الشيء في كازينو، فهل نسمي ذلك إدمان المباني؟ لا، لن نفعل ذلك.

لكن هل يمكن أن تجادل بأن ذلك اضطراب في التحكم في الاندفاعات؟ ربما، ولكن حتى وإن فعلت ذلك، فلا يزال هذا أمرًا مشكوكًا فيه، لأن اضطرابات التحكم في الاندفاعات تبدو متوقفة على عدم قدرتك على منع نفسك من القيام بشيء ما، على الرغم من عواقبه السلبية. لكن مجرد «الاتصال بالإنترنت» ليس له أي نتائج كارثية في تسعة وتسعين بالمائة من الأوقات. إنها تجربة رمادية إلى حد ما. ونظرًا إلى وجود شبكة الإنترنت الهوائي والتكنولوجيا في كل مكان كما هو الحال الآن، فإن معظم الأشخاص يكونون متصلين بالإنترنت على الدوام بشكل ما أو بآخر.

مرة أخرى، نواجه مشكلة محاولة بناء معايير تشخيصية موثوقة وصارمة على رمال ثقافية دائمة التغير.

هل النظر إلى الأمر من منظور المخ يقدم أي وضوح أو موثوقية؟ ربما. هناك العديد من السمات العصبية التي تنير لنا جزءًا يسيرًا من الصورة على الأقل. على سبيل المثال، أنت لا تجد تورُّط مسار المكافأة في اضطرابات التحكم في الاندفاعات بنفس القدر الذي نراه في الإدمان. يبدو أيضًا أن التكيف والتحمل في اضطرابات التحكم في الاندفاعات قضيتان أكثر تدريجيًّا وأصغر حجمًا، هذا إن وُجِدا على الإطلاق. وهناك بالفعل مناطق مخية محددة مرتبطة بالتحكم في الاندفاعات، وعندما تظهِر تلك المناطق نشاطًا غير نمطي، فإن ذلك يساعدنا في البت فيما إذا كان ما يعانيه الشخص اضطرابًا حقيقيًّا أم لا. غالبًا ما يرتبط التثبيط الضعيف للأفعال الجنسية (Poor Sexual Inhibition) بانخفاض النشاط في القشرة الجبهية الحجابية (Orbitofrontal Cortex)، وهي جزء من الفص الجبهي يرتبط ارتباطًا وثيقًا بضبط النفس وتنظيم الاندفاعات.

وفي المقابل، لوحظ زيادة النشاط في القشرة الجبهية الحجابية في اختلالات الوظائف الجنسية (Sexual Dysfunctions) لدى أولئك الذين يكافحون ليصلوا إلى الإثارة أو الأداء المرضي الجنسي. هذا ما قد تتوقعه إذا كان الجزء من مخك الذي يقول: «لا، لا تفعل ذلك» مفرط النشاط. إذا كنت تبحث عن المكان الذي يمكن أن تنشأ منه مشكلة التحكم في الاندفاعات في المخ، فأنت يمكنك أن تفعل ما هو أسوأ بكثير من القشرة الجبهية الحجابية. مرة أخرى، على الرغم من ذلك، قد يكون اضطراب التحكم في الاندفاعات والإدمان أشياء متباينة على الورق، لكن لا يمكن إنكار أنها تغذي بعضها بعضًا بطرق معقدة. كما يفعل القلق والاكتئاب، من بعض الوجوه.

نوع آخر من الاضطرابات السلوكية التي غالبًا ما يُخلَط بينها وبين الإدمان هي الاضطرابات القهرية (Compulsive Disorder)، وأشهرها اضطراب الوسواس القهري (Obsessive-Compulsive Disorder – OCD). عدم القدرة على منع نفسك من القيام بشيء لا يخدم أي غرض، وغالبًا ما يكون ضارًّا بحياتك وظروفك: قد يصف هذا الإدمان. كما يصف الوسواس القهري.

لكن مرة أخرى، هناك اختلافات رئيسية بينهما. كما هو الحال مع اضطرابات التحكم في الاندفاعات، يظل الشخص الذي يعاني مشكلة قهرية مدركًا أن سلوكه ودوافعه ليست جيدة، ولكنه في الغالب يكون عاجزًا عن إيقافها. وفي الوقت نفسه، ينكر الأشخاص الذين يعانون الإدمان بانتظام أن لديهم مشكلة، حتى بينهم وبين أنفسهم.

أيضًا، أحد الاختلافات المهمة بشكل خاص هو أنه على عكس كل من الإدمان واضطرابات التحكم في الاندفاعات، نادرًا ما تكون الأفعال القهرية (Compulsions) شيئًا يجلب *اللذة*. قضم أظافرك، وغسل يديك، وتفقُّد بابك ثلاثين مرة قبل مغادرة منزلك: ليس هناك ضجة أو نشوة أو متعة لمن يضطرون إلى فعل هذه الأشياء، سيكون هناك خطأ ما إذا لم تحدث هذه الأشياء. الشيء الإيجابي الحقيقي الوحيد الذي يجنيه الشخص هو الشعور بالراحة من القيام بتلك الأشياء. ومن ناحية أخرى، يبدأ الإدمان دائمًا بشيء يسبب المتعة، وغالبًا ما يُعزَّز من خلال الجهود المتكررة لإعادة تجربته. هذا أيضًا يوضح لنا كيف يختلف التحكم في الاندفاعات عن الأفعال القهرية؛ الاندفاع هو شعور بالرغبة في القيام بشيء ممتع على المدى القصير، على الرغم من أنها فكرة سيئة بشكل عام، في حين أن الأفعال القهرية عادة ما تنطوي على فعل شيء غير عادي ليس له أي مكافأة فورية.

يوجد الآن أيضًا مجموعة كبيرة من الأدلة التي تُظهِر أن الأسس العصبية للوسواس القهري والاضطرابات القهرية الأخرى تختلف بشكل ملحوظ عما نراه في الإدمان أو اضطرابات السيطرة على الاندفاعات. يبدو أن الاضطرابات القهرية أكثر ارتباطًا بمشكلات في الاتصال بين مناطق المخ الرئيسية، مثل الجسم المخطط (Striatum) والمهاد (Thalamus)، والأنظمة الأخرى التي تتحكم في بدء ووقف السلوكيات والأفعال. نشرت أيضًا دراسات أخرى تظهِر وجود خلل في قنوات المادة البيضاء (White Matter Tracts) في المخ القهري. المادة البيضاء هي في الأساس عبارة عن قنوات وكابلات المخ التي تربط كل شيء في المخ بعضه ببعض، لذا فإن مشكلات التواصل هذه تتأثر بشكل أكبر بهذا أيضًا. يبدو بشكل أساسي أن الإشارات التي تقول «توقف»

أو «لا تفعل» تُحظَر أو تُحجَب في المخ القهري، لذلك ينتهي بصاحبه الأمر بالاستمرار بفعل أشياء ليس لديه سبب حقيقي لفعلها.

في الحقيقة، تشير البيانات إلى أن معظم الأفراد الذين يعانون الاضطرابات القهرية لا يقومون بأعمال التنظيف الوسواسية أو الإجراءات المتكررة الكثيرة كما تُرسَم كثيرًا صورة الشخص المصاب بالوسواس القهري ويُصَوَّر. بدلًا من ذلك، يعاني معظم الناس الأفكار القهرية (Compulsive Thought)، حيث لا يمكنهم التوقف عن التفكير أو التأمل في فكرة عشوائية أو فكرة غير عادية، ويمكن لهذا أن يعيق وظائفهم المعرفية الطبيعية بعدة طرق. لدينا جميعًا أفكار عشوائية وغريبة طوال الوقت. يمكن لمعظمنا أن يتجاهلوا هذه التخيلات الرتيبة أو المفاهيم الغريبة باعتبارها مجرد تأملات عابرة. يبدو أن الأشخاص الذين يعانون اضطرابات قهرية يعانون في فعل هذا؛ بمجرد أن تخطر ببالهم فكرة، فإنهم يواجهون الكثير من المشكلات في تجنبها أو تجاهلها، حيث يبدو أن أجزاء المخ التي تساعدهم عادةً على التخلص منها تكون معطلة بطريقة ما.

هناك رابط مثير للاهتمام بين هذا وبين الإدمان، وهو أنه مع الوسواس القهري وما شابهه، هناك أدلة تشير إلى وجود مشكلة في نظام الأفيون في المخ. على مستوى حياتنا اليومية، يجادل البعض بأن نظام الأفيون والإندورفينات التي يعمل من خلالها تشترك في العمليات التي تتيح لنا إدراك أن مهمةً ما قد أُنجِزَت حقًا. ندرك أننا بحاجة إلى قفل باب منزلنا في أثناء خروجنا، فنغلقه، فينشط نظام الأفيون لدينا قليلًا، وهذا يتيح لنا معرفة أن المهمة قد أُنجِزَت وأننا يمكننا المضي قدمًا. يسمح لنا هذا النظام بتجاهل الأشياء والمضي قدمًا. ولكن عند المصابين بالوسواس القهري، يُقترح أن نشاط النظام الأفيوني هذا لا يُثار، أو يكون غير كافٍ، لسبب ما. وهكذا، ينتهي بهم الأمر بتكرار نفس الفكرة أو الفعل، لفترة أطول مما قد يحتاجون إليها.[17] كما هو الحال دائمًا، هناك الكثير مما يحدث في المخ هنا.

فقط لتوضيح الأمر بنسبة مائة في المائة: أنا لا أقول إن الإدمان لا ينطوي على مشكلات في التحكم في الاندفاعات أو الأفعال القهرية. لأنه بالطبع ليس كذلك. ويميل أولئك الذين يعانون مشكلات التحكم في الاندفاعات أو

الاضطرابات القهرية إلى أن يكونوا أكثر عرضة لخطر الإدمان. لكن من المهم أن تدرك أنه يمكن أن يكون لديك هذه المشكلات دون إدمان، لذلك ينبغي ألا تُجمَع في سلة واحدة.

إنه أمر محير، على الرغم من ذلك، أن تستطيع التفرقة بطريقة موثوقة بين كل هذه الأشياء. ومن المثير للاهتمام أن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والتصنيف الدولي للأمراض يتبنيان مناهج مختلفة هنا. تضمَّن الإصدار الأخير من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية إدمان القمار في فئة اضطرابات الإدمان. لكن لم يعبر أي شيء آخر مع القمار. لا إدمان الجنس، ولا هوس السرقة، ولا إدمان التسوق، ولا إدمان الهواتف الذكية. بالنسبة إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، فإن هذه الأشياء ليست إدمانًا. لا يعني ذلك أن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية يرفضهم تمامًا، فهو يشتمل عليهم أيضًا، أحيانًا على أنهم اضطرابات اندفاعية، أو اضطرابات قهرية، ولكنها توجد غالبًا في الملاحق، أو ما شابه ذلك. من حيث الجوهر، يقول الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية: «لست متأكدًا من هؤلاء، نحتاج إلى المزيد من البيانات للبت فيهم».

على الرغم من ذلك، فإن الإصدار الأخير من التصنيف الدولي للأمراض ينحرف عن نهج الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، ويتضمن اضطرابات الألعاب (Gaming Disorders) كحالات إدمانية. لذلك، وفقًا لمنظمة الصحة العالمية، التي تنتج التصنيف الدولي للأمراض، يمكن أن تكون مدمنًا لألعاب الفيديو[1]. وبالمثل، فإن أحدث إصدار من التصنيف الدولي للأمراض يشمل هوس الحرائق (Pyromania)، وهوس السرقة (Kleptomania)، والمقامرة المرضية (Pathological Gambling)، والاضطراب الجنسي القهري (Compulsive Sexual Disorder)، وأكثر من ذلك، كمشكلات صحة نفسية مؤكدة. صحيح أن هذه الاضطرابات صُنِّفت ضمن اضطرابات التحكم في الاندفاعات، وليست الاضطرابات الإدمانية، ولكن من يدري ما الذي سيأتي به الإصدار التالي؟

(1) يبدو أن والدتي كانت على حق طوال الوقت.

هذا لا يتوافق مع ما يقوله الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض. لماذا؟ حسنًا، كُتِب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية من قبل الأطباء النفسيين، ونموذجيًا *لهم*، في المقام الأول في الولايات المتحدة والبلدان المتقدمة، لذا فإن التفاصيل تكون مهمة للغاية، لأنها تُستخدم غالبًا لتحديد خيارات العلاج. على النقيض من ذلك، فإن التصنيف الدولي للأمراض هو منشور عالمي من منظمة الصحة العالمية، لذا فهو يعتبر بشكل أكبر أداة لتحديد من يحتاج إلى المساعدة ولماذا، غالبًا في البلدان الفقيرة ذات البنية الزهيدة للرعاية الصحية النفسية والعقلية. الغرض من التصنيف الدولي للأمراض هو تسهيل الأمر على أولئك الذين يحتاجون إلى المساعدة ليحصلوا عليها. من خلال تضمين المزيد من التشخيصات الممكنة، يرجح ذلك سهولة استكشاف الاضطرابات وتحديدها، ومن ثم تزداد احتمالية حصول أولئك الذين يحتاجون إلى تدخلات علاجية أو مساعدة على ما يحتاجون إليه. لذلك، ربما لا يكون مفاجئًا أن تنحرف معايير ومحددات التشخيص أحيانًا عن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، والذي يتعلق أساسًا بالتأكد من حصول الأشخاص على المساعدة الصحيحة التي يحتاجون إليها، عندما تكون المساعدة متاحة.

حقيقة أن التشخيصات يمكن أن تختلف وتتقلب كثيرًا تعيدنا إلى القضايا الأولية التي أثيرت في الفصل الأول، والتي أوضحت لنا كيف يمكن أن يكون مفهوم التشخيص في حد ذاته محدودًا وإشكاليًا. على أي حال، بافتراض أنه يمكننا التأكد من إصابة شخص ما بالإدمان، ما الذي يمكننا فعله حيال ذلك؟

علاج المدمنين

إدمان المخدرات هو بلا شك أكثر أشكال الإدمان شيوعًا، لذلك تركز عليه معظم العلاجات. إعادة التأهيل مصطلح شائع جدًا. يظهر في كثير من الأحيان في وسائل الإعلام العامة، عادة في سياق المشاهير البارزين الذين يعانون مشكلات المخدرات والذين يحتاجون إلى العلاج من الإدمان. إعادة التأهيل، كما تعلمون بالفعل، يجب أن يقوم بها المدمن تحت إشراف عيادات إعادة التأهيل. غالبًا ما يُرى المشاهير ذوو الأسماء الكبيرة والأثرياء وهم يسجلون في عيادات إعادة تأهيل غاية في الفخامة، في مواقع غريبة وسط

الشواطئ المشمسة، ويقوم الطهاة الذواقة بتقديم الطعام. لأنه عندما تكون ثريًا بشكل فاحش، فلماذا لا تقلع عن الإدمان بينما يُحَضَّر الديك الرومي البارد بشكل رائع؟ أضف إلى ذلك أنك متأكدٌ من أنك ستعاني أعراض انسحاب قوية وشديدة الصعوبة، فمن المحتمل أن يكون من المفيد أن تكون جميع الجوانب الأخرى من بيئتك ممتعة قدر الإمكان.

هذه طريقة علاجية باهظة الثمن بالتأكيد، لكن جميع عيادات إعادة التأهيل تتبع نفس النموذج الأساسي: بيئة آمنة، حيث يمكن لأي شخص التخلص من السموم (Detox) بأمان. المراقبة الطبية على مدار الساعة في بيئات آمنة -ولكن منظمة بإحكام- تعني أن المريض يمكنه إخراج المخدرات من أنظمته الجسدية مع وجود الحد الأدنى من المخاطر على نفسه. يحصلون على المساعدة التي يحتاجون إليها، لكن لا توجد فرصة لديهم للحصول على مصدر إدمانهم، لذلك فالأمر ليس مجرد مسألة إرادة.

غالبًا ما تشتمل عيادات إعادة التأهيل على جلسات علاجية (Therapy Sessions)، حيث إن هذه طريقة أخرى شائعة للتعامل مع الإدمان. يمكن أن يكون العلاج المعرفي السلوكي (CBT) أو العلاج الجماعي (Group Therapy) مفيدًا جدًّا للمساعدة في الكشف عن المشكلات التي أدت إلى الإدمان والتعامل معها، أو في غرس الشعور بقيمة الذات والترابط الاجتماعي في أولئك الذين يفتقرون إلى مثل هذه الأشياء، وهو أمر شائع بشكل يثير التشاؤم بعد نوبات طويلة من الإدمان. قد تبدو مسألة الجلسات العلاجية غير مقنعة، لكنها غالبًا ما تكون جزءًا مهمًّا من التعافي، لأنه إذا كنت مقتنعًا بأن لا أحد يهتم بك، بما في ذلك نفسك، فلماذا تعاني لمحاربة الإدمان؟ العلاجات الكلامية -تدخلات العلاجات النفسية- كثيرة ومتنوعة، لأن الأسباب التي تقود الشخص إلى الإدمان وتبريراته الشخصية غالبًا ما تكون خاصةً جدًّا وفريدة لذلك الشخص. يمكن أن يكون الوصول إلى جوهر الأسباب والقضايا وحلها عملية طويلة ولكنها محورية.

لحسن الحظ، لا تعود الواجبات الشاقة اللازمة للتخلص من الإدمان إلى المدمن وحده. هناك أدوية متاحة للإدمان. لقد تحدثنا عن الميثادون، ولكن هناك أيضًا أشياء مثل البوبرينورفين والنالتريكسون، والتي تساعد في إدارة

أسوأ أعراض الانسحاب والاعتماد، بما في ذلك الحد من الغثيان وحساسية الألم. كلاهما مشكلتان كبيرتان، لا سيما في أعراض انسحاب الأفيونات.

هناك أيضًا المزيد من تدخلات «الحب القاسي»، والتي تجبر المدمن فعليًا على الامتناع. ديسفلفرام (أو المشهور تجاريًا باسم أنتابيوز (Antabuse)) هو دواء يجعل الشخص شديد الحساسية للكحول، مما يعني أن الكحول يجعله مريضًا جسديًا. إنه يمنع تكسير الكحول في الجسد، لذا فإن استهلاك الكحول يسبب أعراض آثار الثمالة الشديدة على الفور، بكل الصداع والقيء وغير ذلك من الأشياء. حتى ولو تناولت الكحول بجرعات صغيرة. وعندما أقول جرعات صغيرة، أعني ذلك. يعني تناول أنتابيوز أنك بحاجة إلى تجنب أي شخص يضع كولونيا بعد الحلاقة أو أي رائحة تحتوي على الكحول، لأنه حتى ذلك يمكن أن يسبب هذه الاستجابة.

هناك أيضًا المجموعة المعتادة من الأدوية ذات التأثير النفسي، مثل مضادات الاكتئاب (Antidepressants) ومضادات الذهان (Antipsychotics) ومضادات القلق (Anxiolytics)، لأنه إذا كان الإدمان ناتجًا عن محاولة يائسة للتخفيف من مشكلة صحية نفسية موجودة مسبقًا، فإن السيطرة على هذه المشكلة ستكون مساعدة كبيرة. تساعد هذه الأدوية أيضًا في التحكم في جوانب معينة أخرى مرتبطة بالإدمان، مثل مشكلات التحكم في الاندفاعات، والأفعال القهرية، والانسحاب، ومشكلات أخرى غيرها.

كل هذه التدخلات، من أبسطها إلى أكثرها تعقيدًا، تهدف بشكل عام إلى مساعدة المدمنين على كسر حلقة الإدمان، وتمكينهم من الامتناع عن المخدرات أو السلوكيات الإدمانية، لفترة كافية بحيث يمكن لأمخاخهم وأجسادهم أن تعود إلى حالة صحية أكثر استدامة، بحيث لا يعتمد على المادة التي اعتاد وجودها. على الرغم من أن التغييرات التي أحدثها الإدمان، كما ذكرنا سابقًا، لا تختفي تمامًا في كثير من الأحيان. لهذا السبب يكون الانتكاس شائعًا للغاية، والعديد من المدمنين المتعافين الذين لا يشربون الكحوليات إطلاقًا، يجب عليهم أن يبتعدوا عنها تمامًا. لا يمكنهم فقط الاستمتاع، أو تناول مشروب خفيف أو رشفة هنا أو هناك. عليهم أن يتحلوا بالصبر وطول النفس، لأن أمخاخهم ما زالت مهيأة للعودة إلى آليات تشغيلها القديمة. جميع أنظمة

الإدمان من الناحية الفنية لا تزال موجودة، لقد أوقِف فقط تشغيلها، إذا جاز التعبير.

أتذكُر تشبيه المدينة التي ظهر فيها الإستاد؟ ومقدار الفوضى الذي سببه؟ حسنًا، حتى لو تمكنت المدينة من العودة إلى بعض المظاهر الطبيعية عند اختفاء الإستاد، فإن الكثير من التغييرات والتطورات، مثل المباني الجديدة والطرق المتغيرة، وجميع الأشخاص الذين أحبوا وجود حشود من الإستاد المربح حولهم، سيظلون موجودين. إذا عاد الإستاد إلى الظهور فجأة، فستعود هذه الأشياء سريعًا إلى العمل، وينتهي بك الأمر في نفس الموقف العنيف الذي لا يُطاق الذي عملت بجد للابتعاد عنه. لا يمكن ببساطة أن يظهر الإستاد تارة ويختفي أخرى، كيفما ومتى أردت ذلك. بمجرد أن يختفي، يجب أن *يظل* مختفيًا تمامًا. وهذا صحيح بالنسبة إلى معظم المدمنين؛ بمجرد خروج المخدرات من حياتهم، فإنها تحتاج إلى البقاء خارجها.

هذا، على الرغم من كل شيء، هو النتيجة *النهائية* للعديد من حالات الإدمان. تجدر الإشارة إلى أن أحد محاور علاج الإدمان الرئيسية هو في البداية، جعل الفرد يقبل أن هناك مشكلة يجب التعامل معها من الأساس. وقد رأينا لماذا يشكل هذا صراعًا في كثير من الأحيان. وفقًا لذلك، توصل علماء النفس إلى نموذج الإدمان، أو نموذج «حالات التغيير» (Transtheoretical Model of Addiction).[19] والذي يصف المدمن بأنه في واحدة من خمس مراحل محتملة: ما قبل التأمل (Pre-Contemplation)، والتأمل (Contemplation)، والقرار (Decision)، والعمل (Action)، والمحافظة (Maintenance).

في مرحلة ما قبل التأمل، لا يعرف المدمن، أو على الأقل لا يقبل أو يعترف، أن لديه مشكلة. وتبدأ مرحلة التأمل عندما يعترفون بمشكلتهم ويفكرون في القيام بشيء ما حيال ذلك. ومرحلة القرار هي عندما يفرقون ويقررون معالجة مشكلتهم. ومرحلة الفعل هو، كما هو متوقع، تبدأ حيث يفعلون شيئًا بالفعل حيال ذلك، ومرحلة المحافظة، كما ستفترض، هي المرحلة التي يحافظون فيها على وضعهم الجديد المستعاد عن طريق تجنب الأشياء التي تدعوهم للعودة إلى إدمانهم أو الأشياء المرتبطة به. يمكن أن يؤدي الفشل أو

فقدان الدافع خلال أي من المرحلتين الأخيرتين إلى الانتكاس (Relapse)، وهو أمر شائع للأسف.

هناك أيضًا بعض القلق بشأن وصف الإدمان بأنه مرض أو داء. يدفع الكثير من الناس بهذه الفكرة، ولسبب وجيه، بسبب حجم الصعوبة الكامنة وراء الاعتراف بالإدمان كمشكلة تستحق الرعاية والمساعدة. ولكن، على الرغم من حسن النية، فإن هذا الاقتراح يعود بنا إلى ما سبق، حيث رأينا سلبيات علاج مشكلات الصحة النفسية والعقلية على أنها أمراض جسدية وحسب. وعلى وجه التحديد، المشكلة تكمن في اعتبار المريض عضوًا غير فعال في عملية علاجه، وعليه فقط أن يفعل ما يُطلَب منه في هذه العملية. هذا نهج غير مفيد تمامًا لمشكلات الصحة النفسية كلها، ولكنه يثبت فشلًا أكبر مع الإدمان، حيث يكون دافع المريض والتزامه هو العامل الحاسم في التعافي في أغلب الأحيان.

هذه حجة واحدة على أي حال. البعض يختلف مع هذه الفكرة. هناك العديد من المشكلات التي تظهر عند التعامل مع الإدمان. حتى كلمة إدمان لها تاريخ متقلب.

اعتمادية أم إدمان؟ إدمان أم اعتمادية؟

قد يكون البعض منكم يقرؤون هذا وهم متفاجئون، بل منزعجون، من حقيقة أنني، طوال هذا الفصل، كنت أستخدم مصطلحات «المدمنون» (Addicts) و «الإدمان» (Addiction) باستمرار. قد ترغب في أن توضح لي أن الأشخاص لا يُعَرَّفون من خلال اضطراباتهم، وأن الإدمان ليس المصطلح المناسب علميًّا لمثل هذه المشكلة المعقدة. لا يمكن أن يكون الشخص الذي قضى وقتًا طويلًا في شرح أهمية الدقة والعناية في اللغة المستخدمة لوصف الصحة النفسية والعقلية ومشكلاتها بهذه اللامبالاة، ومتعجرفًا جدًّا، ويستخدم مصطلحًا مثلَ «المدمن». كل هذه نقاط جيدة. لكنني أعدك أن هذه لم تكن سقطة لا مبالاة من جانبي. كان استخدامي لمصطلحي «الإدمان» و«المدمن» متعمَّدًا، وها هو السبب.

في الإصدار السابق من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-4)، لم تُستخدَم كلمات الإدمان أو المدمن أو مواد إدمانية.

لا، الكلمات المستخدمة كانت اضطرابات تعاطي المخدرات والاعتمادية (Substance Abuse and Dependence Disorders). على ما يبدو، كان هذا موضوع الكثير من الجدل، حيث انقسم مجتمع الصحة النفسية حول ما إذا كان يجب استخدام مصطلح الإدمان أم لا.[19] في نهاية المطاف، انتصر مصطلح الاعتمادية (Dependence) بأضيق الهوامش، لأنه كان يُخشى أن يكون مصطلح الإدمان مشحونًا بوصمة العار ومحمَّلًا بالأحكام بحيث يُبعَد المرضى المحتمَلون عن طلب المساعدة التي يحتاجون إليها حقًا، مما يجعل الوضع أسوأ كثيرًا. مصطلح أكثر حيادية مثل الاعتمادية على المخدرات ليس له نفس الأثر أو السلبية المرتبطة به.

ومع ذلك، أدى هذا إلى ظهور مشكلة، لأن مصطلح الاعتمادية كان قيد الاستخدام بالفعل. الاعتمادية هي جزء من الإدمان، بالتأكيد وبالتالي يحدث الانسحاب عند إزالة مصدر الإدمان، لأن الفرد يعتمد عليها. لكن يمكنك الاعتماد على شيء ما، عادة ما يكون مخدرًا، دون أن تكون مدمنًا له. يعتمد العديد من مستخدمي مضادات الاكتئاب على المدى الطويل على تلك الأدوية، حيث يعانون أعراض الانسحاب إذا تخلوا عنها بسرعة كبيرة، أو إذا تخلوا عنها في الأساس. لكنهم في الغالب ليسوا مدمنين لها. إن أخذها ليس ممتعًا، وسيكونون سعداء بالتخلي عنها إذا لم يكن ذلك سيجعل الأمور أسوأ بلا رجعة. كما أن مرضى السكر يعتمدون بلا شك على الأنسولين، لكن هل هم مدمنون له؟ يبذل مريض السكر الذي حُرِم من الأنسولين جهودًا كبيرة لاستعادته، لكن هذا سلوك منطقي تمامًا.

للإنصاف، قلت سابقًا في هذا الفصل إن المدمنين المزمنين في وضع مماثل يحتاجون إلى تناول مخدرهم فقط لتفادي الانسحاب وكل العواقب الوخيمة لذلك. لكن دون أن يكون هناك المزيد من المتعة في تناولها. يمكن القول بالتأكيد إنهم في حالة اعتمادية على مخدرهم ليقوموا بوظائفهم الأساسية، مثل العديد من المدمنين.

لكن الاختلاف هو أن هذه ليست سوى المراحل النهائية المتأخرة من الإدمان. ولا يمكن اختزال الإدمان في الاعتمادية فحسب. هناك أشياء كثيرة أخرى أيضًا: الإنكار، والتفكير المشوه، والعادات القهرية، وضعف التحكم في

الاندفاعات والنزوات، والانشغال بالمخدرات، والعادات المرتبطة بها، والرغبة الملحة فيها، وكل تلك الأشياء. نادرًا ما تحصل على أي من ذلك مع الأشخاص الذين يعتمدون على مضادات الاكتئاب أو الأنسولين. عادة ما تحصل على القبول المتردد في بعض الأحيان بأنهم بحاجة إلى هذه المادة الخاصة لتعمل أجسادهم بطريقة طبيعية. ومن هنا يبدأ الالتباس. الاعتمادية على عقار هو جزء من الإدمان، ولكنه لا يشكل القصة بأكملها. ويمكنك أن تكون معتمدًا دون أن تكون مدمنًا. يؤدي استخدام الاعتمادية كتسمية شاملة إلى إغفال هذا الجانب.

ومع ذلك، في المجلد الأخير، اختار الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية إعادة مصطلح الإدمان وأشكاله المختلفة. يرجع ذلك جزئيًا إلى أن تعليم الأطباء والطلاب الآخرين عن إدمان المخدرات كان صعبًا عندما استُخدِم المصطلح لكل من الاعتماد البيولوجي على مواد معينة وعلى مشكلة تعاطي المخدرات أو القضايا المشابهة. حدث الكثير من الالتباس، وعندما تقوم بتدريس الطب والرعاية الصحية، يمكن أن يكون ذلك سيئًا للغاية. هناك أيضًا حقيقة أن تجنب استعمال كلمة «الإدمان» يعني أنها احتفظت بدلالاتها السلبية، حيث تُستَخدَم في الغالب من قِبل أولئك الذين هم أقل دراية، أو ممن يريدون الدفع بأجندة أيديولوجية مشكوك فيها.

لكن السبب الرئيسي لترجيح كفة الخلاف لصالح الإدمان وإسقاط كلمة الاعتمادية هو أن الأطباء كانوا لا يصفون المسكنات بانتظام لمن يحتاجون إليها. في الأساس، لديك جيل من الأطباء الذين تعلموا أن الاعتماد على المخدرات هو عين الإدمان. لذلك إذا استمر شخص ما في طلب مسكنات الألم، فمن الواضح أنه يعتمد عليها، لذا فهو مدمن، أو قريب من الإدمان، ويجب عزله، خشية أن تزيد المشكلة سوءًا. هذا خطأ. من المدهش أن الإدمان الحقيقي الناتج عن تسكين الآلام أمر نادر الحدوث. لماذا هذا؟

حسنًا، تذكَّر أن جزءًا كبيرًا من الإدمان ينطوي على المبالغة في تحفيز مسار المكافأة في المخ. إذا أدخلت مسكنات قوية إلى مخ طبيعي، فإن ذلك يزيد بشكل خطير من نشاط مسار المكافأة عبر مواد اصطناعية، مما يتسبب في كل النتائج غير المفيدة التي غطيناها بعمق. ولكن ماذا لو أدخلت

مسكنات قوية إلى مخ يعاني ألمًا شديدًا؟ هذا ليس فرطًا في المتعة، إنه إزالة للألم وعدم الراحة. يعتبَر الألم، في أبسط المستويات، إشارة لجسدك ومخك إلى وجود خطأ ما، ويمكن لعقاقير مثل الأفيون إزالته. قد لا يبدو هذا كثيرًا، لكنه فرق رئيسي، يتعرف عليه المخ، لأنه عضو ذكي جدًّا.

في الأساس، يؤدي إدخال عقاقير مثل الأفيون إلى مخ طبيعي إلى استجابة متعة شديدة، وهو أمر غير معتاد. إنها تتجاوز الأداء الطبيعي للمخ، والمخ يدرك ذلك، لذلك يستجيب تبعًا للتعامل معه، مما يؤدي إلى جميع التغييرات التي ناقشناها والتي تؤدي عادةً إلى الإدمان.

لكن المخ الذي يعاني ألمًا شديدًا؟ أدخِل المواد الأفيونية من هنا يزُل الألم. لذا فإن الأدوية لا تدفع المخ إلى ما هو أبعد من حدوده الطبيعية؛ يزيلون مشكلة، ويعيدون العمل الطبيعي للمخ. يمكن القول إن هذا هو الاختلاف الرئيسي. إذا عطلت العقاقير العمليات الطبيعية، يتكيف المخ ويتغير للتعامل معها، مما يؤدي إلى الإدمان. إذا تسببت العقاقير في عودة المخ إلى الحالة الطبيعية أو بقائها فيها، فلن يحتاج المخ إلى التكيف، لذلك يكون الإدمان احتمالًا أقل. يفترض أن الأمر نفسه ينطبق على مضادات الاكتئاب والأنسولين؛ ليس هناك استجابة مفرطة من المتعة، هناك فقط صيانة للأداء الطبيعي. مجددًا إذًا، لا شيء ليدمنه المخ.

لذا، بالعودة إلى النقطة الأصلية، حول حرمان الأطباء مرضاهم من المسكنات خوفًا من التسبب في الإدمان. كانت هذه سياسة سيئة، لأن أولئك الذين يطلبون المسكنات يفعلون ذلك عادة لأنهم يعانون ألمًا شديدًا! إنهم يعتمدون حقًّا على المسكنات لكي يعود جسدهم لطبيعته. لكن الأطباء في العيادات كانوا أقل استعدادًا لوصفها خوفًا من الإدمان، لأنهم تعلموا أن الاعتماد هو نفسه الإدمان. على الرغم من أنه ليس كذلك. وهكذا تمت إعادة إطلاق كلمة الإدمان لوصف شخص مصاب بالاضطرابات ذات الصلة. قد يبدو الأمر جدالًا في أمور هامشية، لكن هذا مثال صارخ على ما كنت أقوم به في الفصل الأول. أي عندما يتعلق الأمر بالصحة النفسية والعقلية، الكلمات مهمة! أدى استخدام كلمة خاطئة لوصف الإدمان إلى معاناة حقيقية لعدد لا يحصى من الأشخاص بلا داعٍ. لهذا السبب كنت أستخدم مصطلحات الإدمان والمدمن

حيثما أمكن ذلك. يجب أن تكون هذه مصطلحات محايدة. ربما إذا قلتها في كثير من المواقف بما فيه الكفاية، فسيكونون كذلك.

ومع ذلك، أنا لست يائسًا من أن أكون متفائلًا. الشيء المحزن هو أن الأحكام المسبقة ووصمات العار المرتبطة بالإدمان ليست مباشرة. إنهم مرتبطون ارتباطًا وثيقًا بالعديد من أوجه عدم المساواة في العالم الحديث.

إدمان الوصمات المؤذية

بالإضافة إلى إعادة تقديم مصطلح الإدمان، أسقط الدليل التشخيصي والإحصائي الجديد أيضًا معيارًا من فئة اضطرابات الإدمان. والذي كان «ارتكاب أعمال غير قانونية». لذا من الآن فصاعدًا، لن يؤثر ميلك لخرق القانون، أو لا، على ما إذا كنت ستحصل على تشخيص للإدمان. هل يعني هذا أي شيء حقًا؟

من المسلَّم به أن التغييرات الذهنية والإدراكية التي يسببها الإدمان يمكن أن تجعل الشخص يعطي الأولوية للحصول على المخدرات على الامتثال للقانون. لكن هل هذا ذو صلة بالطب؟ من الواضح أن الخبراء الآن يقولون لا. لذلك أسقطوه.

كالتشخيص نفسه، القانون ليس ثابتًا. القوانين تتغير، تأتي وتذهب. فكر في شخص يستمتع بالحشيش. ودعونا نقل إنه شُخِّص باضطراب الإدمان الطفيف، لأنه يستوفي معيارين فقط. إنه يدخن أكثر مما يريد. ويرتكب أفعالًا غير قانونية، لأنه يشتري الحشيش بانتظام، المادة التي يدمنها، وهو أمر مخالف للقانون. ولكن بعد أسبوع، قُنِّن الحشيش في بلده. الآن هو لا يستوفي معايير اضطراب الإدمان، لأنه لا يفعل أي شيء غير قانوني. في الأسبوع الماضي، كان مستوفيًا لشروط التشخيص الطبي، لكن هذا الأسبوع هو ليس كذلك. لكنه لا يفعل شيئًا مختلفًا. لم يتغير على الإطلاق.

يمكن أن نشبِّه اعتماد التشخيص على شيء متغير مثل القوانين الوضعية بإرساء قاربك عن طريق ربطه ببقرة. البقرة كبيرة وثقيلة وقوية بالتأكيد، لكن لا يمكنك ضمان أنها لن تتجول وتأخذك معها.

لكن على مستوى اجتماعي أكثر، فإن تضمين «ارتكاب أفعال غير قانونية» في معيار التشخيص الفعلي يربط بشكل أساسي الإدمان بالإجرام. وإذا كان هناك أي شيء سيديم وصمة العار الخطيرة بالفعل، فهو هذا الربط. لأنه على الرغم من أن الإدمان لن يتوقف أبدًا عن كونه مشكلة خطيرة، فإنه يصبح أكثر خطورة جدًّا من خلال الحكم والازدراء والعقاب الذي ينهال على المدمنين. وهذه العقوبة ليست منطقية أو عادلة. الكثير من ذلك يعود إلى الإجحافات والامتيازات.

من الواضح أن الإدمان مرتبط بشدة بالمخدرات. والمخدرات غير قانونية ومذمومة على نطاق واسع في العديد من البلدان والمجتمعات (حتى لو كانت جزءًا لا يتجزأ من معظمها لعدة قرون). الرأي العام هو أن المخدرات سيئة، وإذا كنت تستخدمها، فأنت شخص سيئ أو معيب أو أقل شأنًا. غالبًا ما تُنزَل أحكام السجن القاسية لمن ثبتت إدانتهم ببيع أو حيازة مخدرات غير مشروعة، على سبيل الردع.

ومع ذلك، يختلف مدى سوء العقاقير وخطئها، ومدى فظاعة استخدامك لها، اعتمادًا على مكانتك الاجتماعية.

شاب من خلفية فقيرة، نشأ في منطقة ترتفع فيها نسبة الجريمة، يدخن الكوكايين بانتظام في حانات قذرة. إنه سيئ، منحط، خاطئ، مجرم، احبسه! لكنْ شاب يشبهه تمامًا، نفس العمر، نفس الطول، نفس المظهر، يكسب نصف مليون سنويًا في وظيفة إعلامية بارزة لأنه ذهب إلى جميع المدارس المناسبة ووالده يمتلك الشركة، وهو يشم الكوكايين باستمرار من مقاعد المرحاض في حمامات مزينة في النوادي الليلية الحصرية. إنه رفيع المستوى، نجم صاعد، ومهووس حفلات، يعيش الحياة على أكمل وجه، إنها امتيازاته الوظيفية. وما إلى ذلك.

لنفترض أن كلا الرجلين مدمنان للمخدرات. في الحقيقة، الرجل الغني يتعاطى الكوكايين مرتين مثل الرجل الفقير. لكن هل سيواجه نفس القدر من الوصم بالعار؟ والأحكام؟ والتعصب؟ والعقاب؟ لن يشابهه حتى. ضع في اعتبارك عدد الأشخاص الذين تحدثوا بصراحة عن تفشي تعاطي الكوكايين في وسائل الإعلام وعالم الأعمال، لا سيما في الثمانينيات. ظهرت بشكل بارز

في عدد لا يحصى من الأفلام والبرامج التلفزيونية. من الناحية القانونية، متعاطٍ للمخدرات مجرم. هل صُوِّروا على هذا النحو؟ نادرًا.

وقارن بين عدد الفقراء الذين يواجهون غرامات قاسية وأحكامًا بالسجن تدمر الحياة إذا قُبِضَ عليهم وهم يتعاطون المخدرات في سن مبكرة بجميع السياسيين الأثرياء الذين يتفاخرون بتجاربهم مع المخدرات أيام الشباب.[1] لماذا لا يعاقَبون هم على أفعالهم؟ هل لديهم أمخاخ بخصائص مختلفة تجعلهم محصنين ضد الإدمان؟ لا، لا يوجد شيء من هذا القبيل. يبدو أننا لا نساوي إدمان الفقراء بإدمان أولئك الذين يمتلكون السلطة، على الرغم من أنهم معرَّضون أكثر لمخاطره.

في الواقع، فإن مدى الخطأ الذي يراه الناس في تعاطي المخدرات يعتمد بشكل كبير على السياق. غالبًا ما يقال إن ما يعتقده الشخص الأمريكي على أنه استهلاك خطير للكحول هو ما يعتقده الشخص البريطاني على أنه قضاء ليلة في الخارج. ولم يُعتبَر التدخين شيئًا سيئًا إلا مؤخرًا نسبيًّا، لأنه في العقود الأخيرة كان لدينا إعلانات في كل مكان تشجعه، ولم يرَ سوى عدد قليل من الأشخاص في ذلك الوقت مشكلة في ذلك.

هل يحدث نفس الشيء الآن؟ فكر كيف يمكنك في هذه الأيام الحصول على قمصان وملصقات وميمات تحتفل بالاعتماد على الكافيين. ماذا لو اكتُشف في السنوات القليلة المقبلة أنه يسبب داء ألزهايمر؟ هل سنظل متعجرفين للغاية بشأن حماسنا للقهوة؟ وجهة نظري هي أن ما يعتبَر تعاطيًا خطيرًا للمخدرات هو مفهوم زلق، مثله مثل أي شيء آخر، ويمكن أن يختلف اختلافًا كبيرًا من مكان إلى آخر ومن وقت لآخر، ناهيك بشخص لآخر. وأولئك الذين في الطرف المتلقي للحكم ووصمة العار هم دائمًا أولئك الذين في أدنى درجات السلم الاجتماعي، والفقراء والموصومون بالفعل.

---

(1) في مسابقة قيادة حزب المحافظين لعام 2019، كُشِف عن أن العديد من المرشحين قد انغمسوا في المخدرات، وأحيانًا حتى مخدرات من الدرجة الأولى. لم يُعاقَب أي منهم على ذلك، على الرغم من أنهم كانوا يتنافسون على دور القائد الفعلي *للمملكة المتحدة*! لكنهم ذهبوا جميعًا إلى أكسفورد أو جامعات مرموقة مماثلة، لذلك لم تكن هذه مشكلة، على ما يبدو.

بالنظر إلى نطاق الإدمان الذي قمنا بتغطيته وكيف يعمل، لا ينبغي أن يكون الثراء والامتياز دفاعًا ضده. وهم ليسوا كذلك. لكن يبدو أن الكثيرين يفترضون خلاف ذلك دون مبالاة. وهذا لا يساعد أي شخص، لأنه يعني أن المدمنين الأفقر يعاقَبون أكثر، في حين يُتَجَاهَل الأثرياء إلى حد كبير، لذلك لن يمكنهم أو لن يحصلوا على أي مساعدة. فهل من المستغرَب أن يستسلم الكثير من المشاهير لتعاطي المخدرات والإدمان؟ يبدو أننا نحتفل به في المناصب العليا وندينه بشدة فيمن هم في الأسفل. لكن مسألة من يدمن ومن لا يدمن لا تحددها المكانة الاجتماعية.

لا، هناك أمور أخرى هي التي تحدد ذلك.

من الذي يدمن؟ ولماذا؟

جزء كبير من وصمة العار التي يوجهها المجتمع للمدمنين هي قضية الاختيار. لا أحد يريد أن يُصاب بالاكتئاب أو القلق أو الذهان أو اضطراب كرب ما بعد الصدمة، لكن هذا ليس ضمن اختياراتك. لكن أي مدمن، لا بد أنه اختار الانغماس في فعله المذموم هذا في مرحلة ما، أليس كذلك؟ حتى مع كونه غير قانوني، لذلك فإن المدمنين يستحقون قدرًا أقل من التعاطف والإدانة لأن قضاياهم من صنع أنفسهم.

ولكن النقطة هنا هي أن هناك عددًا لا يحصى من الناس يجربون المخدرات، يومًا بعد يوم. والغالبية لا يصبحون مدمنين. وأنا أزعم أنه لم يخطط أي مدمن على الإطلاق ليصبح مدمنًا، كما لا يخطط أي متزلج منحدرات لكسر ساقه. في الحقيقة، هناك قدر كبير من الأدلة التي تظهِر أن بعض الناس ببساطة أكثر عرضة للإدمان. بعض الجينات، أو بعض الحوادث في صغرهم، أو بعض النقصان أو الزيادة في المواد الكيميائية، أو غيرها من الاختلافات في كيفية عمل أمخاخهم، تؤدي إلى أنهم يواجهون صعوبة أكبر في ضبط النفس أو التحكم في اندفاعاتهم ونزواتهم، أو أن المواد تؤثر عليهم بشكل أقوى، أو تدوم لفترة أطول، أو أيًّا كان.

نظرت دراسة مثيرة للاهتمام عام 2012 في خمسين زوجًا من الأشقاء، حيث كان أحد الأخوين مدمنًا للكوكايين في كل زوج والآخر ليس له تاريخ في تعاطي المخدرات. رسموا مخًّا لكلا الأخوين في كل من الزوجين، ووجدوا

أن مستخدمي الكوكايين -كما تتوقع على الأرجح- لديهم نشاط مخي يمثل قصورًا في قدرتهم على التحكم في الانفعالات.

ولكن الأمر الأكثر إثارة للاهتمام، أنهم وجدوا أيضًا بانتظام علامات على نفس أوجه القصور في التحكم في الانفعالات في أمخاخ الأشقاء غير المدمنين لمستخدمي الكوكايين. لم يكن هؤلاء الأشقاء من متعاطي المخدرات، لكن هذا يعني أنهم سيكونون أكثر عرضة للإدمان إذا قرروا تجربتها. تشير هذه البيانات بقوة إلى وجود بعض العوامل المشتركة التي تعيق عمليات التحكم في الاندفاعات في الأمخاخ ذات الصلة. هل يمكن أن تكون بعض السمات الجينية التي يتشاركونها هي المسؤولة عن ذلك؟ أو عامل مشترك في البيئة التي نشؤوا فيها؟ يمكن أن يكون أيًا من هذين العاملين، أو أي شيء آخر.

هذا لا يعني أن ضعف التحكم في الاندفاعات هو السبب الوحيد للإدمان. لكنه بلا شك شيء يزيد من احتمالات الإصابة بالإدمان، وهذه الدراسة، إلى جانب العديد من الدراسات الأخرى، تكشف أن ضعف التحكم في الاندفاعات ليس مجرد نقص في قوة الإرادة، ولكنه شيء أكثر تجذرًا في تكوين مخ الفرد.

بشكل عام هناك العديد من السمات والعوامل الوراثية والخصائص الداخلية التي يمكن أن يمتلكها الشخص، ولا يتحكم في أي منها، مما يجعله أكثر عرضة للإدمان. وهذا يجعل إلقاء اللوم والمسؤولية أمرًا أكثر صعوبة. على سبيل المثال، تُظهِر الأبحاث أن المتزلجين الذين ذكرتُهم في السطور السابقة، المتزلجين المتطرفين الذين يواجهون مخاطر غير مفهومة أو مبررة لمعظمنا، غالبًا ما يكون لديهم نوع الشخصية التي تبحث عن الإثارة. هناك أدلة تربط هذا بعوامل وراثية تتسبب في خفض مستويات المستقبلات في مسار المكافأة في أمخاخهم. ومن النتائج المحتملة لذلك أنهم بحاجة إلى مزيد من التحفيز لتحقيق المستويات المرغوبة من المتعة، لذلك ينخرطون في مخاطر شديدة.

هل يمكنهم التخلي عن تكوينهم الجيني؟ لا، لا يمكنهم ذلك. إذا انتهى بهم الأمر بجروح خطيرة، فهل هم مخطئون؟ هذا أمر يصعب البت فيه.

يبدو أن للإدمان قابلية وراثية قوية. رأى العديد من المدمنين أن والديهم يعانون الإدمان وأقسموا على ألا يدعوا مثل هذا الشيء يحدث لهم، ولكن انتهى بهم الأمر إلى الإدمان، وغالبًا بنفس الأشياء التي أفسدت حياة والديهم.

إليكم قصة عن هذا بالتحديد من صديق على تويتر، طلب عدم الكشف عن هويته:

«كان والدي «مدمنًا نشطًا للكحول»، فكان يستهلك كميات كبيرة من الكحول حتى أصبح تهديدًا حقيقيًّا لحياة من حوله. أنا مقتنع أن إدمانه دمر زواجه من والدتي. عندما كنت مراهقًا، حاولت إقناعه عدة مرات بالإقلاع عن الشرب، لكن محاولاتي كانت تبوء بالفشل دائمًا. ثم أقسمت على ألا أشرب أبدًا. لقد شاهدت الدمار الذي سببه الكحول لحياته، وعشت مع الضرر الذي ألحقه بحياتي. ومع ذلك، أصبحت مدمنًا أنا أيضًا.

توفيت والدتي في التاسعة والخمسين من عمرها بسبب سرطان الرئة، من تدخين السجائر طوال حياتها. لقد حاولت أن أجعلها تتوقف عن التدخين عدة مرات أيضًا. لقد كان رد فعلها أفضل بكثير من والدي، باركها الله، لكن النتيجة كانت هي نفسها. عندما ماتت، كنت أدخن بالفعل منذ خمسة عشر عامًا، ودخنت لمدة خمسة عشر عامًا بعد ذلك. ونعم، عندما كنت أصغر سنًّا، أقسمت أنني لن أدخن أبدًا.

قد يعتقد الأشخاص الذين يسمعون هذا، «واو، لا بد أنك شخص ضعيف للغاية»، لكن حقيقة حدوث ذلك يجب أن تدفعهم إلى التفكير في مدى صعوبة علاج الإدمان. لقد حافظت على إدمان المواد نفسها التي دمرت كلا والديَّ، وألحقت أضرارًا بجزء كبير من حياتي، ومن المحتمل أن تقصر حياتي أيضًا.

أنا لا أكون مبالغًا عندما أقول إن الإدمان وحش كاسر يصعب الفكاك منه. الناس العاديون الذين لم يعانوا ليس لديهم أي فكرة على الإطلاق عن مدى صعوبة الأمر داخل عقل المدمن. أي فكرة».

العنصر الجيني مهم، ولكن يجب أن نتذكر أيضًا أن المخ البشري بارع للغاية في التعلم من بيئته، وبخاصة من المحيطين به، فيما يتعلق بما هو صواب أو خطأ، جيد أو سيئ، وبخاصة بالمقارنة بالحقائق والمعلومات المجردة. هناك قدر هائل من المعلومات حول كيفية عمل الكون والفيزياء

والطبيعة، ومع ذلك فإن الأشخاص الذين وُلِدوا ونشؤوا في أسر دينية متدينة يؤمنون بشكل ثابت تقريبًا بتعاليم هذا الدين، بغض النظر عن مدى تعارضها مع الأدلة مهما كانت.

لأن ما نتعلمه من الآخرين، ممن نرتبط بهم، غالبًا ما يكون له وزن أكبر بكثير من البيانات المجردة، من الحقائق والادعاءات غير الملموسة، بغض النظر عن مدى قوتها. ولأننا نريد أن ننسجم مع من حولنا ونشعر معهم بالانتماء، فإن سلوكيات وآراء الآخرين تكون أكثر تأثيرًا مرة أخرى، لذلك فإن الشخص الذي ينشأ في بيئة أو مجتمع يُتَعامَل فيه مع تعاطي المخدرات على أنه أمر طبيعي، أو على الأقل لا يوجد ما يدعو فيه للذعر، هو أكثر عرضة لاستيعاب هذه الرسائل وعدم ملاحظة مخاطر تناولها.

يمكنك أن تجادل بأن هذا ليس عذرًا، وأن الجميع يعرف أن المخدرات سيئة وغير قانونية، وأن أي شخص يتجاهل هذه التحذيرات يستحق كل ما يحدث له. ولكن مع ذلك، نعلم جميعًا أن كسر السرعة المسموحة غير قانوني. ويعد بث البرامج التلفزيونية والأفلام والموسيقى دون دفع أمرًا غير قانوني. وتنزيل الكتب المجانية من مواقع القرصنة أمر غير قانوني. هذه الأشياء كلها أمثلة على خرق القانون، لكن عددًا لا يُحصى من الأشخاص يفعلونها على أي حال، ويجادلون بأنه لا بأس بذلك لأن «الجميع يفعل ذلك».

هل ترى ما أحاول قوله؟ نادرًا ما ينتصر تهديد القانون عندما يتعارض مع إجماع المجتمع. لذا، إذا كان كل من حولك يتعاطون المخدرات، فإن حقيقة أنهم غير قانونيين لن يكون لها وزن كبير. وهذا كله على افتراض أنه ليس لديك مشكلات موجودة مسبقًا من شأنها أن تجعلك عرضة للإدمان. بالنسبة إلى العديد من المدمنين، هذا ليس هو الحال. هناك كل تلك العوامل الموروثة التي ذكرتها. ماذا لو كنت تعاني بالفعل اضطراب التحكم في الاندفاعات؟ أو من أفعال قهرية؟ غالبًا ما يقودك كلاهما إلى القيام بأشياء تعرف أنها ليست حكيمة وتحد من قدرتك على إيقاف نفسك. الأشخاص الذين يعانون هذه المشكلات يصلون في أغلب الأوقات إلى الإدمان، لأن الاحتمالات والظروف مكدسة ضدهم بالفعل.

وكما ذكرت في بداية هذا الفصل، فإن ما يقرب من نصف الأشخاص الذين يعانون مشكلات الصحة النفسية ينتهي بهم الأمر بالفعل إلى تعاطي المخدرات، أو شيء من هذا القبيل. لأنه، في كثير من الأحيان، هناك القليل من البدائل المتاحة لهم عندما يتعلق الأمر بالحصول على راحة طفيفة من مشكلاتهم، وغالبًا ما تكون باهظة الثمن أيضًا. ماذا بوسعهم أن يفعلوا؟

الإدمان: الصحة النفسية في صورة مصغرة

السبب وراء رغبتي في الحديث عن الإدمان بهذا العمق هو أن الإدمان، في رأيي المتواضع، يمثِّل الصورة الحالية للصحة النفسية والعقلية بشكل عام. لطالما تعرض الأشخاص المدمنون للوصم والازدراء والسخرية والحكم والاضطهاد. على الرغم من تحسن هذا الوضع في السنوات الأخيرة، لا يزال هناك طريق طويل للغاية للتراجع عن هذه المفاهيم المسبقة.

الشيء نفسه ينطبق على أولئك الذين يعانون مشكلات الصحة النفسية والعقلية بشكل عام.

لفترات طويلة جدًّا، كان يُفترض أن الإدمان ناتج عن فشل شخصي أو معنوي أو حتى أخلاقي. أظهرت التطورات العلمية أن هذا ليس صحيحًا بأي حال من الأحوال، والكثير منه يعود إلى مشكلات وتغيرات في المخ لا يتحكم فيها الفرد.

الشيء نفسه ينطبق على أولئك الذين يعانون مشكلات الصحة النفسية أو العقلية بشكل عام.

يمكن أن يكون للمصطلحات المستخدمة عند مناقشة الإدمان عواقب واسعة وقوية بشكل مدهش لأولئك الذين يعانونه.

الشيء نفسه ينطبق على أولئك الذين يعانون مشكلات الصحة النفسية أو العقلية بشكل عام.

خلال جزء كبير من التاريخ الحديث، فُكِّر في الإدمان والتحدث عنه بشكل حصري تقريبًا من حيثية المواد الكيميائية، وكيف تؤثر على أمخاخنا. لكن التطورات الأخيرة أظهرت أن السلوكيات والبيئات والسياقات عوامل أكثر أهمية بكثير مما كان يُفترض سابقًا.

الشيء نفسه ينطبق على أولئك الذين يعانون مشكلات الصحة النفسية والعقلية بشكل عام.

يمكنك القول إن الإدمان هو نتيجة الأجزاء الأكثر تعقيدًا من المخ البشري، وللعوالم التي سمحت لنا بخلقها، والتي تدفع المناطق الأولية الأبسط من المخ إلى تجاوز حدودها، مما يتسبب في الارتباك والاضطراب.

والشيء نفسه ينطبق على أولئك الذين يعانون مشكلات الصحة النفسية والعقلية بشكل عام.

يعتمد فهمنا وإدراكنا للإدمان على الأعراف الثقافية والأحكام المسبقة والافتراضات الذاتية أكثر بكثير مما يعتقد معظم الناس. نتيجة لذلك، فهي في حالة تغير مستمر، وهي عرضة للتغيير طوال الوقت.

والشيء نفسه ينطبق على أولئك الذين يعانون مشكلات الصحة النفسية والعقلية بشكل عام.

لا يزال هناك من يصر على أن الإدمان ليس اضطرابًا نفسيًا. لكن بناءً على كل ما سردته، لا أستطيع أن أرى كيف يمكن أن تعتقد أنه أي شيء آخر.

أشير إلى هذا لأنه إذا كنت شخصًا يدافع عن مشكلات الصحة النفسية والعقلية ولكنك تدين المدمنين على أنهم أقل شأنًا، فأنت لا تساعد أحدًا بذلك على الإطلاق.

6

الخاتمة

أما وقد وصلت إلى هنا، فقد قرأت نحو ثمانين ألف كلمة (80000)[1] حول الصحة النفسية والعقلية، وخصصت بالفعل عدة ساعات من حياتك لتفعل ذلك. لكن على الرغم من ذلك، فبالكاد خدشت في هذا الكتاب قشرة الصحة النفسية والعقلية. في الحقيقة، قد أكون متفائلًا وأنا أدعي هذا. بأحسن تقدير، لقد أشرت بنجاح إلى التوجه العام لقشرة الصحة النفسية والعقلية.

هناك الكثير من الأمور التي يجب مراعاتها عند الحديث عن الصحة النفسية والعقلية، فهي تؤثر حرفيًّا على كل مستويات وجودنا. يعمل العديد من أصحاب أفضل العقول في العالم على مدار الساعة لاكتشاف ذلك، ولا يزال الطريق بعيدًا. لن أستطيع بأي حال من الأحوال تناول الموضوع بشكل شامل في كتاب واحد. بالتأكيد، لن أنكر أنني تمكنت من الخوض في بعض التفاصيل مستفيضًا، فتحدثنا عن كيف تدرك الصحة النفسية والعقلية وكيف تُتَناوَل بشكل عام، وعن طريقة عمل المخ، وعن الاكتئاب، وعن القلق، وعن الإدمان. لكنني أدرك تمامًا أن هناك الكثير الذي *لم* أتمكن من تغطيته في هذا الكتاب.

هناك العديد من الفئات والأنواع الأخرى من مشكلات الصحة النفسية والعقلية. الاضطرابات الذهانية (Psychotic Disorders)، كالفصام (Schizophrenia)، هي اضطرابات مألوفة لكثير من الناس، وهناك عالم

(1) وتسعون ألف كلمة إذا كنت تقرأ هذه النسخة المترجَمة للعربية. (المترجم).

كامل من الوصمات والمفاهيم الخاطئة التي يجب معالجتها هناك. الشيء نفسه ينطبق على اضطرابات الشخصية (Personality Disorders). لاضطرابات الأكل (Eating Disorders) خصائصها وتأثيراتها الخاصة، فضلًا عن كونها شيئًا جديدًا وفريدًا من نوعه في الإنسان. هناك الكثير الذي يمكن لتلك الاضطرابات إخبارنا عنه، إذا بحثناهم ودرسناهم واستكشفناهم.

لقد ذكرت اضطراب الوسواس القهري (OCD) على عجالة، ولم أخض في تفاصيله بالقدر الذي كنت أتمناه. الشيء نفسه ينطبق على الهوس (Mania) والاضطرابات ثنائية القطب (Bipolar Disorders). في الواقع، هناك العديد من القضايا والمشكلات التي أشرت إليها بشكل عابر والتي تستحق بالتأكيد فصولًا كاملة خاصة بها.

ثم هناك تلك الاضطرابات الأخرى التي غالبًا ما يصنفها كثير من الناس خطأً على أنها مشكلات صحية نفسية أو عقلية، على الرغم من كونها أشياء مختلفة في الواقع، وهذا الاختلاف يمكن أن يعلمنا كثيرًا. وتشمل هذه الاضطرابات العصبية (Neurological Disorders)، مثل دائي ألزهايمر (Alzheimer's) وباركنسون (Parkinson's)، واضطرابات النمو العصبي (Neurodevelopmental Disorders)، مثل اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (ADHD) والتوحد (Autism). تعتبر هذه القضايا قضايا مختلفة تمامًا عن قضايا الصحة النفسية والعقلية، وذلك لأن الآليات الأساسية الكامنة وراءها لها طبيعة جسدية أكثر، بمعنى أن أجزاء معينة من المخ تبدأ في التدهور والموت، أو أن تحدث مشكلة أو خلل في المخ في أثناء نموه، والتي يكون لها، كما هو متوقع، عواقب دائمة لكيفية تأدية هذا المخ لوظائفه وكيفية عمله.

لا يمكن إنكار أن مثل هذه الاضطرابات، من النوع العصبي أو النمائي العصبي، يمكن أن تؤثر بانتظام على الصحة النفسية والعقلية للفرد، لذلك ترى الكثير من مشكلات الصحة النفسية العقلية لدى الأشخاص الذين يعانون هذه المشكلات. ولكن من نواحٍ عديدة تكون مشكلات الصحة النفسية والعقلية منبثقة من المشكلة الرئيسية، وليست هي المشكلة الرئيسية في حد ذاتها، لذلك يُصَنَّفون بشكل مختلف. هل هذا منطقي؟[1]

(1) أنا أعلم أن الكثير من هذا لا يكون منطقيًا، على الأقل عندما تقرؤه لأول مرة.

لذلك، هناك العديد من الأشكال المختلفة لمشكلات الصحة النفسية والعقلية التي لم أذكرها حتى. لقد ركزت على الاكتئاب والقلق والإدمان لأنهم الأكثر شيوعًا والأكثر انتشارًا والأكثر شهرة. لا يوجد أي حكم قيمي هنا؛ أنا لا أدعي أن هذه الاضطرابات أو المشكلات هي الأفضل أو الأسوأ أو الأكثر أهمية أو أي شيء من هذا القبيل. لقد اخترت فقط أن أتبع الأرقام، فعلت هذا بقدر كبير حتى أتمكن من إلقاء اللوم على البيانات المجردة إذا أراد أي شخص أن يستجوبني في هذا.

وأنا لا أشك في أن هناك من سيفعل ذلك. لقد قلت هذا في البداية، وسأقوله مرة أخرى هنا: من المؤكد إلى حد كبير أن أي شخص يقرأ هذا الكتاب سيجد شيئًا -إن لم يكن العديد من الأشياء- يختلف معه. لقد رأينا مدى عدم الموضوعية، ومدى التغير المستمر في الفهم العام للصحة النفسية والعقلية. هناك العديد من الاختلافات الذاتية والثقافية فيما يتعلق بكيفية تعريفها وتسميتها ومعالجتها وإدراكها. وهذه أشياء تتغير أيضًا بشكل مستمر.

كان الإدمان في يوم من الأيام كلمة محظورة، ثم أدركوا أن هذا المحظور يضر أكثر مما ينفع، ولذلك عادت كلمة الإدمان مجددًا إلى الكتب الدراسية. تبًّا، ليس هذا فحسب، لقد كان *المرض* النفسي والعقلي، لفترة من الوقت، شيئًا يحاول بعض الناس باستماتة إقناع العالم الأوسع بأنه شيء حقيقي. الآن لديك أشخاص يجادلون بأنه يجب عليهم التوقف عن فعل ذلك، لأن تعريف مشكلات الصحة النفسية والعقلية على أنها *أمراض* يدر عواقبه الخاصة.

بشكل عام، اليقين في مجال الصحة النفسية والعقلية منعدم، وذلك لأننا، وفوق كل شيء، نتعامل مع العقل البشري. ولا يوجد شيء أصعب في الإمساك به أكثر من ذلك، حتى وإن كان يعمل بشكل طبيعي. وهو، في سياقنا هذا، ليس كذلك. لهذا السبب حاولت التركيز، حيثما أمكن، على دور المخ وأنشطته وطرق عمله كلها.

وليس هذا لأن المخ ليس بنفسه شيئًا فوضويًّا ومعقدًا ومحيرًا. أنا أشتغل بمجال علم الأعصاب منذ ما يقرب من عقدين من الزمن الآن، وعلى الرغم من ذلك، إذا طلبت مني سرد كل الأشياء التي أعرفها عن المخ والتي تشكل حقائق لا يمكن دحضها بنسبة مائة في المائة فستنفد تلك الحقائق قبل أن أنفد من أصابعي التي أعد عليها. لكن على الأقل، للمخ وجود مادي. يمكننا أن ننظر إليه، ونكزه، ويمكننا أن نتدخل فيه ونرى ما سيحدث.

وهكذا رأينا في هذا الكتاب ما يبدو أنه يحدث في المخ الذي يعاني مشكلات صحية نفسية. يبدو أن الكثير من تلك الأشياء تنطوي على الإجهاد/الضغط (Stress)، لا سيما على المستوى العصبي. الإجهاد المستمر، على مدى فترات طويلة، هو شيء سخي للغاية في عالمنا الحديث. يبدو أيضًا أنه كعب أخيل[1] (Achilles' Heel) لطرق العمل الراسخة التي يملكها المخ الحديث. الإجهاد/الضغط هو رد فعل طبيعي للأحداث الوخيمة، وله عدد لا يحصى من الآثار الفيزيائية والكيميائية المعقدة. ولكن نظرًا إلى أن المخ البشري مرن وقابل للتكيف كما هو، فإن جعله يعاني تلك الآثار لفترات طويلة يعني أن ذلك يسبب تغييرات غير مفيدة، مما يؤثر على طريقة تفكيرنا وعملنا.

يمكن أن يؤدي الإجهاد إلى تحفيز المناطق الرئيسية في المخ المرتبطة بالخشية والخوف، لذلك نشعر بالقلق. يمكن أن يؤدي هذا التحفيز المفرط إلى إرهاق مناطق المخ الحيوية، وتعثرها، ليتركها غير قادرة على التغيير، ويبدو أن هذا عامل رئيسي في الاكتئاب. وعندما تتعامل مع آثار الضغوطات طويلة الأمد، فمن المرجح أنك ستتجه إلى الأشياء التي تجلب لك الراحة، مثل المشروبات أو المخدرات، مما يزيد من احتمالية الإدمان. ويؤدي الإدمان، بشكل مباشر وغير مباشر، إلى مزيد من الضغوطات والإجهاد. وسرعان ما تغذي تلك العملية نفسها لتصبح ذاتية الاستدامة.

حسنًا، هذه نظرية واحدة على أي حال. هناك نظريات أخرى غيرها. ربما تكون نظرية الالتهاب المفسرة للاكتئاب صحيحة.1 هذا شيء آخر لم أتطرق حتى إلى ذكره!

ربما يرجع الأمر كله إلى الإفراط في انتشار الكورتيزول.

ربما هناك عامل غير معروف حاليًا يتسبب في فشل الستيرويدات العصبية التي تحافظ على نظام الجابا، وكل ما يحدث في القلق والاكتئاب يتبع ذلك.

هناك احتمالات أخرى مكتوبة في المنشورات والأدبيات العلمية الموجودة لم أذكرها. ولا شك أن هناك الكثير مما لم أسمع عنه من قبل. إنه مجال كبير للغاية، ومتغير للغاية، وغير يقينيٌّ للغاية.

---

(1) كعب أخيل أو (Achilles' Heel) هو مصطلح يشير إلى نقطة ضعف مميتة لدى الفرد على الرغم من كل القوة التي يمتلكها، والتي إن أصيبت تؤدي إلى سقوطه بالكامل. (المترجم).

ما الهدف من كل هذا إذًا؟ إذا كنت أعتقد أنني أنفخ بالونًا مخرومًا، فلماذا إذًا كتبت هذا الكتاب في المقام الأول؟

حسنًا، جزء منه كان أنني أردت تقديم بعض الوضوح فيما يتعلق بخصائص وعموميات الصحة النفسية والعقلية والممارسات المرتبطة بها، مثل الطب النفسي، وعلم النفس، والعلاج النفسي، وعلم الأعصاب، وغير ذلك الكثير. هناك العديد من الادعاءات ووجهات النظر المختلفة حول كيفية عمل الصحة النفسية والعقلية، أو حول كيف يجب أن تعمل، ولكن الكثير منها يتأثر بشدة بالتجارب الشخصية والمعتقدات والاستثمارات والأيديولوجيات. هذا هو السبب في أن تلك المناقشات تزداد اشتعالًا بانتظام، وهذا يعني أن المناقشات تنحرف عن مسارها بسرعة.

لا أدعي معرفة من هو الصواب ومن هو الخطأ في الخلافات العديدة الجارية، ولكن كنت آمل أن أقدم نظرة منطقية أكثر حول هذه القضية. ليكون كتابًا لفهم الأمراض النفسية – منطقيًا[1]، لذا، آمل، بعد قراءة ما كتبته، أن يكون لديك على الأقل فكرة أفضل عن تضاريس الأرض التي ندرسها. آمل أن تكون قادرًا بشكل أفضل على التعرف على من أين يأتي الناس، ولماذا يقولون ما يقولون، عندما يكون الحديث جاريًا حول الصحة النفسية والعقلية.

وهدفي الآخر من كتابة هذا الكتاب هو التعليم. تظل زيادة الوعي هدفًا ضروريًا، ولكن بينما يركز الكثيرون على الترويج للرسالة القائلة بأن مشكلات الصحة النفسية والعقلية هي أمر حقيقي وجاد، ارتأيت أنه قد يكون من المفيد محاولة إظهار سبب جدية هذه الأمور. لأنها كذلك حقًا.

على مدار هذا الكتاب، رأينا طرقًا متعددة ينحرف فيها شيء ما في المخ، أو العقل، ويمكن أن يكون له تأثيرات عديدة على صحة شخص ما، جسديًا ونفسيًا. لا شك أنه لا يزال هناك أشخاص يصرون على أن مشكلات الصحة النفسية والعقلية ليست مشكلة كبيرة، أو ليس هناك ما يدعو للقلق بشأنها، ولكن يمكننا الآن أن نقول على وجه اليقين إن هؤلاء الأشخاص مخطئون[2].

جزء من المشكلة هو أن هناك الكثير من المعلومات المتضاربة حول مشكلات الصحة النفسية والعقلية وكيفية عملها ومدى فعالية العلاجات

(1) وها هو العنوان مرة أخرى. ذكي، أليس كذلك؟

(2) أقصد، لقد كانوا مخطئين بالفعل. لكنهم الآن مخطئون أكثر من قبل.

المتاحة وما إلى ذلك. آمل بعد قراءة هذا الكتاب أن تُقدِّر الآن أنه وفي حين أن الكثير من تفاصيل قضايا الصحة النفسية العقلية لا تزال غير واضحة أو غير مؤكدة، فهناك العديد من الطرق التي يمكن من خلالها التعامل مع تلك المشكلات، أو على الأقل إدراتها وتنظيمها. الأدوية والعلاجات الأخرى المتاحة فعاليتها ليست مضمونة، لكنها ليست مضيعة للوقت. إنها ببساطة ما هو لدينا الآن، ومدى نجاحها يختلف من شخص لآخر.

وعلى الرغم من أنني أميل إلى القول إن هذا يظهِر أنه لا يوجد ما يدعو للقلق عندما يتعلق الأمر بمشكلات الصحة النفسية والعقلية، فلن أكون أبدًا متعاليًا أو متجاهلًا لأقول ذلك، لأنه بالطبع هناك الكثير من الأشياء التي تدعو للقلق. إذا كنت تعاني القلق، فإن القلق المستمر هو المشكلة برمتها! ليس من السهل أو الممتع أن تنحرف صحتك النفسية عن مسارها أبدًا. إذا كان الأمر كذلك، فلن تكون هذه مشكلة أبدًا. هدفي الآن، إذا قرأت ما كتبته، وانتهى بك الأمر إلى مواجهة مشكلة مع صحتك النفسية أو العقلية، أن تكون لديك على الأقل فكرة أفضل عما يحدث بالتحديد، ولماذا يحدث ما يحدث. في بعض الأحيان، يمكن للقليل من الوضوح أن يحدِث فارقًا كبيرًا.

لكن يمكنني أن أجلس هنا وأتحدث عن الأهداف السامية التي كانت لدي والتي دفعتني لكتابة هذا الكتاب كما شئت. لكن الحقيقة هي أنني لا يمكنني التحدث عن هذا الأمر إلا بموضوعية. ولذلك دعني أقل لك هذا: إذا كنت تواجه مشكلات مع صحتك النفسية أو العقلية، فأنت، واقعيًّا، تعرف عن تلك المشكلات أكثر مني.

سأكون سعيدًا فقط إذا كنت قد ساعدت بطريقة ما.

قائمة المصطلحات

جهد الفعل /كمون الفعل (Action Potential): نبضة كهروكيميائية «شرارة» تنتقل على طول **غشاء الخلية (Cell Membrane)** في الخلايا العصبية -خلايا المخ (Brain Cell)- وتسمح لها بنقل المعلومات. فكما أن النقاط والشُّرط في شفرة مورس (**Morse Code**) هي لغة التواصل، فجهد الفعل هو بمنزلة لغة التواصل في الخلايا العصبية.

حمض أميني :(Amino Acid) نوع من الجزيئات العضوية (Organic Molecule). وهي تشكل اللبنات الأساسية **للبروتينات (Proteins)**. ويُعد **الجلوتامات (Glutamate)** حمضًا أمينيًا.

اللوزة المخية (Amygdala): منطقة مخية صغيرة ولكنها مهمة بشكل لا يُصدَّق، تقع في عمق **الفص الصدغي (Temporal Lobe)**. في حين أن اللوزة هي مركز مهم للعمليات العاطفية وتشارك في العديد من ردود الفعل العاطفية الأساسية، إلا أنها ترتبط في الغالب بإنتاج استجابات الخوف والقلق، عند تعرضها للتهديد أو الخطر.

القشرة الحزامية الأمامية (Anterior cingulate cortex): منطقة عصبية تقع خلف مقدمة المخ. وهي تشارك في عمليات مهمة مثل الانتباه والتركيز، والتحكم في الانفعالات، والوعي الذاتي، والمزيد.

النواة القاعدية (Basolateral nucleus): تُعرف أيضًا باسم اللوزة القاعدية (**Basolateral Amygdala**)، أو المركب القاعدي. إنه جزء محدد من اللوزة، حيث تُغَذّى فيه المعلومات الحسية وغيرها من أماكن أخرى في المخ وتتحدد فيه الاستجابة العاطفية ذات الصلة.

الخلية (Cell): الهياكل الكيميائية المجهرية التي تقوم بذاتها، الخلايا هي لبنة البناء الأساسية لجميع أشكال الحياة على الأرض. جميع الكائنات الحية، جميع أعضائها وأنسجتها، مصنوعة من الخلايا.

غشاء الخلية (Cell membrane): الطبقة الجزيئية المعقدة المُحيطة، التي تعتبر «الجلد» للخلية، والتي تجمع مكوناتها معًا وتتحكم فيما يمكن أن يدخل ويخرج من الخلية.

الوسط الخلوي (Cellular medium): البيئة التي توجد فيها الخلية وبها يُحافَظ عليها. إذا كان داخل الجسم، فإن الوسيط هو السائل الخلالي (**Interstitial Fluid**). إذا كانت خلية في طبق بتري[1] (Petri dish) أو ما شابه، فهي عبارة عن السائل أو المادة العازلة الموجودة في الطبق.

المرسول الكيميائي (Chemical messenger): أي مادة كيميائية تطلقها خلية (Cell) / نسيج (Tissue) ويمكن اكتشافها بواسطة خلية أخرى. عند اكتشاف الناقل الكيميائي، تغير الخلية / الأنسجة المتلقية ما تفعله. الناقلات العصبية (**Neurotransmitters**) والهرمونات (**Hormones**) هي الأشكال الرئيسية للمرسول الكيميائي.

القشرة (Cortex): الطبقة العليا من المخ، والكتلة الكبيرة المتجعدة في الأعلى. في البشر، القشرة هي الجزء الأكبر من المخ. يحتوي على جميع المناطق المرتبطة بقدراتنا الأكثر تعقيدًا (مثل التفكير والتخطيط والوعي الذاتي وما إلى ذلك) ولكن لا يزال لديه العديد من الروابط الواسعة مع المناطق والعمليات الأساسية في أسفل المخ. يُعرف أحيانًا باسم «القشرة المخية الحديثة» (Neocortex).

---

(1) طَبَق أو عُلْبة بِتْرِي هو وعاء أسطواني غير عميق، مصنوع من الزجاج أو البلاستيك، ومزوَّد بغطاء. يستعمله علماء الأحياء لاستنبات الخلايا، كالبكتريا والفطْريات. يُعد أكثر أنواع أطباق الاستنبات استعمالًا. (المترجم).

عامل إفراز الكورتيكوتروفين (Corticotrophin-releasing factor): هرمون (Hormone) يلعب دورًا مهمًّا في استجابة المخ والجسد للضغوطات. غالبًا ما يوجد بتركيزات عالية بشكل غير طبيعي في عينات الدم لأولئك الذين يعانون مشكلات الصحة النفسية والعقلية الحادة أو تجارب ضاغطة مماثلة.

الكورتيزول (Cortisol): أشهر «هرمونات التوتر»، يُطلق في مجرى الدم (Bloodstream) في أوقات الإجهاد. يُسَبِّب العديد من التأثيرات الفسيولوجية المعروفة للإجهاد لفترات طويلة.

عوامل إفراز الكورتيكوتروفين Corticotrophin-releasing Factor: هي مادة كيميائية استباقية؛ وجودها في أنسجة معينة يُسبب إفراز الكورتيزول.

نوبة الاكتئاب (Depressive Episode): الفترة التي تتراوح ما بين بداية ظهور أعراض الاكتئاب المعترف بها عياديًّا على الفرد، إلى أن تنتهي، بعودة المزيد من الوظائف العقلية الطبيعية. يمكن أن يختلف طول نوبة الاكتئاب بشكل كبير اعتمادًا على نوع الاكتئاب (أو الاضطراب المرتبط به).

الحمض النووي (DNA): حمض الديوكسيريبونوكليك. يوجد جزيء اللولب المزدوج (Double Helix Molecule) الشهير في جميع الخلايا تقريبًا. يوفر وسيلة لتخزين ومشاركة كميات هائلة من المعلومات المجهرية، وبالتالي يعمل كمخطط فعال لكل جزء من أجزاء الجسد.

كود الحمض النووي (DNA code): طريقة للإشارة إلى المعلومات الموجودة في حمضنا النووي والتي تحدد خصائصنا الفيزيائية النهائية، على سبيل المثال، «أنت لديك عيون بنية لأنها مكتوبة في رمز الحمض النووي الخاص بك». يُعرف أيضًا باسم «الكود الجيني» (Genetic Code).

دينورفين (Dynorphin): نوع من الناقلات العصبية (Neurotransmitter)، يُعتقد على نطاق واسع أنه يلعب العديد من الأدوار المهمة في تجاربنا مع الألم والتوتر.

الفص الجبهي (Frontal lobe): أحد الفصوص الأربعة الرئيسية التي يتكون منها المخ. تقع في مقدمة المخ. عادة ما تحدث العمليات المعرفية

الأكثر تعقيدًا لدينا فيها؛ يحتوي على قشرة الفص الجبهي (Prefrontal Cortex)، وهي مجموعة مهمة بشكل خاص من مناطق المخ في هذا الصدد.

حمض الجاما-أمينو بيوتريك (Gamma- Amino-Butyric-Acid) (GABA) -: ناقل عصبي (Neurotransmitter)، وهو أشهر الناقلات العصبية المُثبطة (Inhibitory). هذا يعني أن وجود GABA يؤدي دائمًا إلى قمع العمليات الخلوية (cellular processes)، وليس تحفيزها.

الجين (Gene): تسلسل معين من الحمض النووي (DNA) يشفر لشيء محدد، وعادة ما يكون نوعًا من البروتين (Protein) ضروريًا لبنية أجسادنا. إذا كان الحمض النووي عبارة عن قطعة من النص، فستكون الجينات هي الكلمات الفردية الموجودة داخله.

الخلايا الدبقية (Glia): الخلايا (cells) التي يتكون منها جهازنا العصبي (Nervous System)، ولكنهم ليسوا خلايا عصبية (Neurons). إنهم لا ينقلون الإشارات. وبدلًا من ذلك، فإنهم يوفرون الدعم الهيكلي والصيانة للخلايا العصبية، وبالتالي فهم أيضًا عناصر حاسمة في الجهاز العصبي (Nervous system).

القشرانيات السكرية-الجلوكوكورتيكويد (Glucocorticoid): نوع من هرمون (Hormone) الستيرويد، هو نوع آخر يُطلَق عادة استجابةً للإجهاد. بالإضافة إلى التأثيرات الجسدية مثل قمع استجابتنا المناعية، من المعروف أيضًا أنه يعمل على مناطق رئيسية في المخ تقوم بتنظيم تركيزنا وذاكرتنا عندما نشعر بالتوتر.

الجلوتامات-(Glutamate): الناقل العصبي الأكثر وفرة في المخ، فيه مجموعة واسعة جدًا من الوظائف. الجلوتامات هو ناقل عصبي مثير (Excitatory Neurotransmitter) يحفز (يزيد من نشاط) الخلايا العصبية (Neurons) التي يتفاعل معها.

الحُصين (Hippocampus): منطقة من الفص الصدغي (Temporal lobe)، حيث تُنشَأ فيها الذكريات الجديدة. يشارك الحُصين أيضًا في استعادة الذكريات الموجودة. يشبه إلى حد ما فرس البحر (باللاتيني: Hippocampus)، ومن هنا جاء اسمه.

هرمون (Hormone): نوع من الناقلات الكيميائية (Chemical Messenger)، جنبًا إلى جنب مع الناقلات العصبية (Neurotransmitters). تُطلق الهرمونات في مجرى الدم وتؤثر على الأعضاء والأنسجة في أماكن أخرى من الجسم.

منطقة ما تحت المهاد (Hypothalamus): منطقة عصبية تقع أسفل المهاد (Thalamus)، إنه عمليًا المكان الذي يلتقي فيه المخ والجسد، حيث يمكن أن يؤثر ما يحدث في المخ بشكل مباشر على عمل الجسد، عادةً عن طريق إطلاق الهرمونات (Hormones) في مجرى الدم.

اضطراب التحكم في الاندفاعات (Impulse Control Disorder): حالة يكون فيها الفرد لديه قدرة منخفضة على التحكم بوعي أو التغلب على دوافع وميول العقل الباطن، سواء كانت عاطفية أو انعكاسية أو قائمة على العادة، إلخ. يمكن أن يتجلى هذا الاضطراب في مجموعة واسعة من الطرق.

القشرة الجزرية (Insular Cortex): منطقة تقع في عمق المخ عند الحدود بين عدة فصوص. لها أدوار مهمة في عمليات متعددة، بما في ذلك إدراك الذات والوعي والتحكم الحركي. وهي أيضًا منطقة رئيسية في قدرة المخ على الشعور بالاشمئزاز.

السائل الخلالي (Interstitial fluid): يُعرف أيضًا باسم «السائل خارج الخلية» (Extracellular Fluid)، وهو يصف كل السوائل في الجسم التي لا توجد داخل الخلايا. يوفر عادةً وسيط الخلية (cell medium)، لذا فهو مهم للغاية.

أيون (Ion): ذرات مشحونة. تتكون الذرات النموذجية من النيوترونات (Neutrons) والبروتونات (Protons) والإلكترونات (Electrons). البروتونات لديها شحنة كهربائية موجبة، بينما للإلكترونات شحنة سالبة. عادة ما يوازن كل منهما الآخر، لذا فإن الشحنة الإجمالية للذرة هي صفر. الأيونات هي ذرات (Atoms) ذات شحنة موجبة أو سالبة، بسبب امتلاكها لعدد قليل جدًّا أو كثير من الإلكترونات، على التوالي.

الجهاز الطرفي (Limbic System): مجموعة مناطق المخ المسؤولة عن معالجة العواطف. على الرغم من أن فكرة وجود جزء مركزي ومتميز من

الناحية التشريحية من المخ يتعامل بشكل خاص مع المشاعر لم تعد تعتبَر واقعية في ضوء الأدلة الحديثة التي تشير إلى أن معظم أجزاء المخ تعالج العواطف، فإن «الجهاز الحوفي» (The Limbic System) لا يزال يستخدَم على أنه مصطلح شامل لوصف العمليات العاطفية في المخ.

جهد الغشاء/إمكانات الغشاء (Membrane Potential): تحتوي أغشية الخلايا (Cell Membranes) على تركيزات مختلفة من الأيونات على جانبيها، مما يعني أن داخل وخارج الخلية له درجة مختلفة من الشحنة الكهربائية. يُنشئ هذا جهدًا مجهريًّا، يُعرَف باسم جهد الغشاء (Membrane Potential). يصف جهد غشاء *الراحة* (Resting Membrane Potential) الجهد الذي يحدث عندما لا تفعل الخلية أي شيء، بخلاف الأساسيات اللازمة للبقاء على قيد الحياة. يشبه وصف كمية الطاقة التي يستخدمها التلفزيون في وضع الاستعداد.

فرضية أحادي الأمين (Monoamine Hypothesis): النظرية القائلة بأن الاكتئاب لدى البشر هو نتيجة لانخفاض مستويات بعض النواقل العصبية (Neurotransmitter) (مثل النواقل العصبية أحادية الأمين Monoamine) (Neurotransmitters) في المخ، مما يعني ضعف النشاط العصبي في نواح كثيرة، مما يؤدي إلى الاكتئاب. أظهرت النتائج الأكثر حداثة والفهم المعزز أن فرضية أحادي الأمين هي، في أحسن الأحوال، تبسيط مفرط للواقع، ولكن لا يزال لها تأثير كبير على فهمنا للاكتئاب، وبخاصة في الاتجاه السائد.

مثبط مونوامين أوكسيديز (Monoamine Oxidase Inhibitor): فئة سابقة من مضادات الاكتئاب. لا تزال تُستخدم حتى يومنا هذا، عادةً عندما تكون مضادات الاكتئاب المطورة حديثًا غير فعالة. أوكسيديز أحادي الأمين هو نوع من البروتين (Protein) (يُعرف بالإنزيم(Enzyme)) الذي يزيل بعض النواقل العصبية (Neurotransmitters) من المخ بعد استخدامها. تمنع مثبطات مونوامين أوكسيديز حدوث ذلك، مما يزيد من مستويات النواقل العصبية ذات الصلة (انظر Monoamine Hypothesis).

الصماء العصبية (Neuroendocrine): يشير إلى شيء مشترك في كل من الجهاز العصبي (Nervous System) ونظام الغدد الصماء

(Endocrine) (أي نظام الهرمونات). المهاد (Hypothalamus) هو المثال الأكثر وضوحًا. إنه جزء من المخ (جزء من الجهاز العصبي) الذي يفرز الكثير من الهرمونات في مجرى الدم (لذلك فهو جزء من نظام الغدد الصماء).

الهرمون العصبي (Neurohormone): مرسال كيميائي (Chemical Messenger) يمكن أن يعمل كهرمون (hormone) وناقل عصبي (neurotransmitter)، مثل الأوكسيتوسين أو الفازوبريسين. [معظم الهرمونات المشار إليها في هذا الكتاب هي من الناحية الفنية هرمونات عصبية (Neurohormones)].

الخلايا العصبية (Neuron): الخلايا الأولية التي يتكون منها المخ والجهاز العصبي، وهي المسؤولة عن كل ما يفعله المخ. يمكن للخلايا العصبية التواصل وتبادل المعلومات بعضها مع بعض، عبر جهد الفعل (Action Potentials)، والناقلات العصبية (Neurotransmitters)، والمزيد. يمكن أن تكون مثيرة (Excitatory) (أي تسبب نشاطًا أكثر في خلية عصبية متصلة) أو مثبطة (Inhibitory)) تقلل أو توقف نشاط الخلايا العصبية المتصلة). إن الطريقة التي ترتبط بها الخلايا العصبية في أدمغتنا تحدد الكثير مما نحن عليه وما نحن قادرون عليه.

المرونة العصبية/اللدونة العصبية (Neuroplasticity): قدرة الخلايا العصبية على التكيف والتغيير استجابةً للتحفيز والتجارب الجديدة. ساد الاعتقاد منذ فترة طويلة أن الخلايا العصبية في مخ البالغ الناضج تفتقر إلى المرونة العصبية «أي كانت «ثابتة» (Fixed) ولكن الأدلة الحديثة تظهر خلاف ذلك. يُعتقد أن التغييرات وأوجه القصور في المرونة العصبية تدعم العديد من مشكلات الصحة العقلية.

الستيرويدات العصبية (Neurosteroid): فئة مهمة من المواد الكيميائية التي تزوِّد الخلايا العصبية عن طريق الخلايا الدبقية (Glia)، للحفاظ على صحة الخلايا العصبية ووظائفها.

الناقل العصبي (Neurotransmitter): نوع من الناقلات الكيميائية. ترسل الخلايا العصبية (Neurons) نواقل عصبية (Neurotransmitters) بعضها لبعض لتمرير الإشارات والمعلومات بسرعة. هناك مجموعة واسعة

من أنواع وفئات النواقل العصبية، مع اختلاف الأدوار والتأثيرات. الناقلات العصبية هي للهرمونات (Hormones) مثل رسائل البريد الإلكتروني للبريدات المادية.

النواة المتكئة (Nucleus Accumbens): منطقة صغيرة عميقة داخل المخ، تُعرف في الغالب بأنها أحد طرفي مسار المكافأة Pathway Reward). إنها مسؤولة عن توفير الإحساس بالمكافأة (أي المتعة) التي نختبرها عندما يحدث شيء جيد.

الفص القفوي/ القذالي (Occipital lobe): أحد الفصوص الأربعة الرئيسية التي يتكون منها المخ. يوجد الفص القذالي في الجزء الخلفي من المخ، ويحتوي على الكثير من مناطق المعالجة البصرية.

القشرة الجبهية الحجابية (Orbitofrontal cortex): جزء من قشرة الفص الجبهي (Prefrontal Cortex)، وهي منطقة غالبًا ما ترتبط بضبط النفس، من خلال دورها في التقييم العاطفي والتنبؤ بنتائج الإجراءات.

الفص الجداري (Parietal lobe): أحد الفصوص الأربعة الرئيسية التي يتكون منها المخ. يقع في المنطقة الوسطى العليا من القشرة (Cortex) ويتكون من العديد من المناطق المتنوعة، بما في ذلك التحكم في الحركة والعمليات الحسية وغير ذلك.

المنطقة الرمادية المحيطة بالمسال (Periaqueductal grey): منطقة عصبية صغيرة توجد في أسفل المخ المتوسط (Midbrain)، الجزء الأمامي من جذع المخ (Brainstem). لها العديد من الأدوار الحاسمة، بما في ذلك الكشف عن التهديدات والاستجابة لها، وتعديل الاستجابة للألم.

قشرة الفص الجبهي (Prefrontal Cortex): مجموعة من المناطق في القشرة الأمامية (Frontal Cortex)، معظمها متورط أو مسؤول عن قدراتنا المعرفية الأكثر تعقيدًا. إذا كان إحساسنا بالهوية، «أنفسنا»، يسكن في أي مكان في المخ، فمن المحتمل أن تكون قشرة الفص الجبهي (Prefrontal Cortex).

البروتين (Protein): جزيئات عضوية كبيرة ومعقدة ومتغيرة إلى ما لا نهاية. تتكون من سلاسل طويلة من الأحماض الأمينية (Amino Acids)،

وهي تؤدي العديد من الأدوار الحيوية في أجسادنا، مثل توفير بنية الخلية، وإرسال الرسائل، ومكافحة العدوى، وأكثر من ذلك.

ذو تأثير نفسي (Psychoactive): مادة كيميائية (عادة ما تكون مخدِّرة) تغير حالتك العقلية عن طريق تغيير عمل أو نشاط المخ والجهاز العصبي. المؤثرات العقلية (Psychotropic) مصطلح مألوف آخر يعني نفس الشيء.

المستقبل (خلية) ((Receptor (cell)): جزيء، عادة ما يكون بروتينًا (**Protein**) كبيرًا ومعقدًا، مدمج في غشاء الخلية (**Cell Membrane**)، والذي يتفاعل مع مرسال كيميائي معين (**Chemical Messenger**)، ويبدأ الاستجابة في وجود هذا المرسول. المستقبلات هي ما يتفاعل معه المرسول الكيميائي للقيام بعملهم.

مسار المكافأة (Reward pathway): المنطقة الصغيرة في مركز مخنا، المكونة من النواة المتكئة (Nucleus Accumbens)، ومنطقة السقيفة البطنية (ventral tegmental area)، والروابط بينها، مما يسمح لنا بالشعور بالسعادة استجابة للتجارب الإيجابية. تشير الأدلة الحديثة أيضًا إلى وجود «مسار مضاد للمكافأة»، وهو أكثر انتشارًا في جميع أنحاء المخ، ولكنه يعمل استجابة لمسار المكافأة، لإبقائه تحت السيطرة وتثبيط الكثير من البحث عن المتعة.

نظام السيروتونين (Serotonin System): الخلايا العصبية والشبكات العصبية في أدمغتنا التي تستخدم الناقل العصبي (**Neurotransmitter**) السيروتونين، الهدف الأكثر شيوعًا للأدوية المضادة للاكتئاب. كان يُعتقد سابقًا أنه لا يوجد سوى نظام سيروتونين واحد منتشر في جميع أنحاء المخ، مثل شبكة قطارات تحت الأرض تخدم مدينة، لكن الأدلة الحديثة تشير إلى وجود أنظمة سيروتونين متعددة قد تعمل بعضها ضد بعض، مثل مدينة بها طرق حافلات متنافسة.

هرمون الضغوطات (Stress Hormone): مواد كيميائية (مثل الكورتيزول (**cortisol**)) تُطلق في مجرى الدم بواسطة أعضاء وأنسجة مختلفة استجابة للمواقف أو الأحداث الضاغطة. عادة ما تنتج جميع الأعراض

الجسدية المعروفة للضغط (مثل الشعور بالانقباض (Tension) وضعف جهاز المناعة (Impaired Immune System) وما إلى ذلك.

السطر الطرفي (Stria terminalis): منطقة تقع مركزيًّا في المخ، والتي تنسق الكثير من استجاباتنا للتجارب الضاغطة.

الجسم المخطط (Striatum): منطقة عصبية متوسطة الحجم تقع في وسط المخ. تشتمل على العديد من الوظائف، مما يعني أنه مهم للتفكير والتخطيط واتخاذ القرار وإدراك المكافأة. لقد كان محور الكثير من البحوثات نتيجة لذلك.

المادة السوداء: (Substantia Nigra): منطقة من الدماغ المتوسط (Midbrain) تتشارك في استجابة المكافآت والتحكم في الحركة. يمكن لهذه المادة أن تتدهور تدريجيًا (الخلايا التي هي متكونة منها تموت تدريجيًّا)، وهذا ما قد ينتج عنه داء باركينسون / مرض شلل الرعاش.

التلفيف الصدغي الأمامي (Superior Temporal Gyrus): جزء من المخ يتضمن، من بين أشياء أخرى، القشرة السمعية، (Auditory Cortex) والتي تسمح لنا بسماع اللغة والتحدث بها وفهمها.

التشابك العصبي (Synapse): «الفجوة» التي يلتقي فيها اثنان من الخلايا العصبية (Neurons). عادةً لا تتصل الخلايا العصبية بعضها ببعض ماديًّا، تكون هناك مسافة بينها. هذا هو التشابك العصبي. تتواصل الخلايا العصبية عبر التشابك العصبي باستخدام الناقلات العصبية (Neurotransmitters).

الفص الصدغي (Temporal lobe): أحد الفصوص الأربعة الرئيسية التي يتكون منها المخ. يقع الفص الصدغي مركزيًّا وإلى الجانب. يحتوي على الحُصين (Hippocampus) واللوزة (Amygdala) والعديد من العناصر الحاسمة الأخرى في الجهاز الطرفي (Limbic System).

المهاد (Thalamus): مركز حيوي مهم للمخ. يقع بالقرب من المركز، ويعمل كمنطقة ترحيل ومعالَجة لكثير من المعلومات التي تُرسَل من جزء من المخ إلى جزء آخر. نتيجة لذلك، لديها العديد من الوظائف الحاسمة.

نظام اكتشاف التهديدات (Threat Detection System): الشبكة المعقدة للمناطق العصبية (بما في ذلك الحُصين، (**Hippocampus**) واللوزة، (**Amygdala**) والمنطقة الرمادية المحيطة بالمسال (**Periaqueductal Grey**) التي تراقب باستمرار المعلومات الحسية التي يمكن تفسيرها على أنها تهديد أو خطر وتؤدي إلى استجابة الكر والفر (بدرجات متفاوتة) إذا كانت كذلك كُشِف عن شيء. يعد نظام الكشف عن التهديدات جزءًا أساسيًا من اضطراب التوتر والقلق (Stress and Anxiety Disorder).

أمين ثلاثي الحلقات (Tricyclic Amine): أحد أقدم أنواع مضادات الاكتئاب. لا يزال قيد الاستخدام حتى اليوم، ولكن عادةً عندما تثبت عدم فعالية الفئات الأكثر تقدمًا من مضادات الاكتئاب.

المنطقة السقيفية البطنية (Ventral Tegmental Area): جزء واحد من مسار المكافأة (**Reward Pathway**). يساعد في تحديد ما إذا كان هناك شيء ما يستحق استجابة ممتعة.

قائمة المصطلحات المترجَمة

المقدمة

مكتبات مؤسسة الصحة العامة البريطانية	NHS Libraries
عروض الكوميديا الارتجالية	Stand-Up Comedy
دراسة علم الحيوان	Zoology
جائحة فيروس كورونا العالمي	COVID-19

1: الوضع الراهن (حلبة المصارعة)

الأطباء النفسيون	Psychiatrists
الاختصاصيون النفسيون	Psychologists
صاحب الصنائع السبع	Jake of all trades
الصحة النفسية والعقلية. فيمَ كل هذه الضجة؟	
عقل	Mind
روح/نفس	Psyche
المرض النفسي والعقلي	Mental Illness
الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون	Clinical Psychologists
المعالجون النفسيون	Therapists

Mental Disorder	الاضطراب النفسي والعقلي
(X-Ray Machine)	أجهزة الأشعة السينية
Period of Sickness	فترة من الإعياء
Sickness	الإعياء
The Experience of Being Ill	تجربة أن تكون مريضًا
Disease	الداء
Illness	المرض
Sickness	الإعياء
Parkinson's Disease	داء باركنسون
Alzheimer's Disease	داء ألزهايمر
Sick Note	شهادة إعياء
HIV	فيروس نقص المناعة البشرية
Unwell	ألا تكون بخير
Experience Poor Health	يعاني صحة سيئة
Memes	الميمات
Asthma Attack	نوبة ربو
متى تتشابه الصحة النفسية مع الصحة الجسدية؟	
Mental Model	نموذج عقلي
Mood Disorder	اضطراب المزاج
Melancholia	السوداوية/الكآبة
Hallucinations	الهلاوس
Mindfulness	اليقظة
Wellbeing	الرفاه
Spoons	الملاعق
The Spoon Theory	نظرية الملاعق

متى لا تتشابه الصحة النفسية مع الصحة الجسدية؟	
العلاج	Treatment
الشفاء	Cure
التكيف	Adapting
التأقلم	Coping
المواءمة	Adjusting
الإدارة	Managing
مرض	Illness
نوبة	Episode
تعمل لحسابك الخاص	Self-Employed
عمل حر	Freelance
الاكتئاب	Depression
القلق	Anxiety
اضطراب ثنائي القطب	Bipolar Disorder
العلاج التحليلي المعرفي	Cognitive Analytic Therapy
الحيلة الدفاعية	Coping Mechanism
مدى شدة مشكلات الصحة النفسية	Severity Spectrum of
النهج الرياضي	Mathematical Approach
علم نفس الحالات غير الطبيعية	Abnormal Psychology
المتوسط	Average
المجتمع الذي تدرسه	Population
المعيار أو المتوسط الحسابي	Mean
الخرف	Dementia
سلوك غير تكيفي	Maladaptive Behavior
التكيف بيولوجيًا	Biologically Maladaptive
نوبات الهلع	Panic Attacks

Paranoia	جنون الارتياب
Mania	حالة هوس
Socially Maladaptive	تغييرات غير تكيفية اجتماعيًا
Sociopathic Tendencies	ميول عدائية مناهضة للمجتمع
American Psychiatric Association – APA	الجمعية الأمريكية للطب النفسي
Human Sexuality	الجنس البشري
Meme	الميمات
Sexism	التحيز الجنسي
Lobotomies	جراحات الفصية المخية
Nymphomania	الشبق
Satyriasis	الشبق الرجالي
Hypersexuality	فرط الشهوة الجنسية
Toxic Masculinity	ظاهرة الذكورة السامة
إيجابيات وسلبيات المنهج الطبي للصحة النفسية والعقلية	
Psychiatrist	الطبيب النفسي
Psychologist	عالم النفس
Psychology	علم النفس
Medical Doctor	طبيب بشري
Antipsychotics	مضادات الذهان
Antidepressants	مضادات الاكتئاب
Psychoactive Medications	الأدوية النفسية
Comorbidity	الإصابة المرضية المشتركة
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM	الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية
International Classification of Diseases – ICD	التصنيف الدولي للأمراض

American Psychiatric Association	الجمعية الأمريكية للطب النفسي
World Health Organization - WHO	منظمة الصحة العالمية
Clinical Practitioners	الممارسون العياديون
Grief	الأسى
Bipolar Disorder	اضطراب ثنائي القطب
Medicalization	إضفاء الطابع المَرَضِي
Over-Medicalization	الإفراط في إضفاء الطابع المرضي
Disease	داء
Ailment	وعكة
Oncology	طب الأورام
Cardiology	طب أمراض القلب
Haematology	طب أمراض الدم
Nephrology	طب أمراض الكلى
Dermatology	طب الأمراض الجلدية
Immunology	طب أمراض المناعة
The Medical Model of Mental Illness	النموذج الطبي للمرض النفسي
The Disease Model	نموذج المرض
Prognosis	التشخيص
Physiotherapy	العلاج الطبيعي
منظور علم النفس للصحة النفسية والعقلية	
Clinical Psychologists	الاختصاصيون النفسيون
Talking Therapies	العلاجات التي تعتمد على التحدث وجهًا لوجه
Cognitive Behavioral Therapies - CBT	العلاج المعرفي السلوكي
NHS	مؤسسة الخدمة الصحية الوطنية
Flow Chart	رسم تخطيطي

The Cognitive Model	النموذج المعرفي
Group Therapy	العلاج الجمعي
Family Therapy	العلاج الأسري
Self-Directed Counselling	الإرشاد الذاتي التوجيه
Medical Interventions	التدخلات الطبية
Clinical Psychological Approaches	المناهج العيادية المنبثقة من علم النفس
Psychoanalytic Methods	طرق التحليل النفسي
Cognition	الإدراك
Phobia	الرُّهاب
Arachnophobia	رهاب العناكب
top-down Approach	النهج التنازلي
Neurotransmitters	الناقلات العصبية
CBT: Cognitive Behavioral Therapy	العلاج المعرفي السلوكي
Mental health is a myth	خرافة الصحة النفسية
Anti-Psychiatry Scholarship	الاتجاه العلمي الدراسي لمكافحة الطب النفسي
Psychosis	الذُّهان
Jungians	مدرسة التحليل النفسي ليونغ
Freudians	الفرويديون
Behaviorists	السلوكيون
Existentialists	الوجوديون
Developmental Psychologists	علماء نفس النمو
Gestalt Psychologists	علماء نفس الجشطالت
Mind	العقل
Eclectic Evidence-Based Approach	نهج انتقائي قائم على الأدلة

الفهم الحالي المجمل للصحة النفسية والعقلية	
المرض النفسي	Mental Illness
الاضطراب	Disorder
المشكلة	Problem
معرفي	Cognitive
طبي	Medical
تحليلي نفسي	Psychoanalytical
النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي	Biopsychosocial Model
علم نفس الحالات غير الطبيعية	Abnormal Psychology
قائم على الأدلة	Evidence-Based
النوع العصابي	Neurotic
اضطرابات القلق	Anxiety Disorders
الاضطرابات الذهانية	Psychotic Disorders
اضطرابات الأكل	Eating Disorders
اضطرابات الشخصية	Personality Disorders

2: كيف يعمل المخ

أبسط العناصر المكوِّنة لنشاط المخ	
الخلايا العصبية	Neurons
الخلايا الدبقية	Glia
الخلايا الداعمة	Supporting Cells
الزوائد الشجرية	Dendrites
المحور العصبي	Axon
العصب الوركي	Sciatic Nerve
الأعصاب	Nerves
الخلايا العصبية	Neurons

Membrane Potential	جهد الغشاء
Cellular Medium	الوسط الخلوي
Extracellular Fluid	السائل خارج الخلية أو السائل البَرَّانِيّ
Interstitial Fluid	السائل الخلالي
Cell Membrane	غشاء الخلية
Electrical Potential	جهد كهربائي
Voltage	ڤولت
Resting Membrane Potential	جهد الراحة للغشاء
Action Potential	جهد الفعل / كمون الفعل
DNA	الحمض النووي
Huntington's Disease	داء هنتنغتون
Action Potential	جهد الفعل الكهربائي
المخ الأجوف: الدور الجوهري للوصلات العصبية	
Synapse	التشابك العصبي
Neurotransmitters	الناقلات/النواقل العصبية
Endocrine System	نظام الغدد الصماء
Hypothalamus	منطقة ما تحت المهاد/الهايبوثالاموس
Neuroendocrine System	الجهاز العصبي الصماوي
Psychoactive Drugs	الأدوية ذات التأثير النفسي
Inhibitory Neurons	خلايا عصبية مُثبطة
Palette	لوحة ألوان
النوَى، والشبكات، والدوائر: القطع الأكبر من المخ	
Pop Science	العلوم الشعبية المبسطة
Modular	جزئيٌّ
Parietal Lobes	الفصوص الجدارية
Temporal Lobes	الفصوص الصدغية

Occipital Lobe	الفص القفوي/القذالي
Hippocampus	الحُصين
Parkinson's Disease	داء باركنسون-مرض الشلل الرعاش
Substantia Nigra	المادة السوداء
Neurological Disorder	اضطراب عصبي
برامج المخ مقابل جهاز المخ	
Psychotherapy	العلاج النفسي

3: الاكتئاب

Years Lived with Disability	سنوات الحياة مع العجز
Bridgend suicide incidents	حوادث انتحار بريدجند
ما الاكتئاب، وما ليس بالاكتئاب؟	
Depressive Episode	النوبة الاكتئابية
Mood Disorder	اضطراب المزاج
Anhedonia	انعدام التلذذ
Psychomotor	عجز حركي نفسي
Normalization	التطبيع
اضطرابات المزاج	
Mood Disorder	اضطراب في المزاج
Overall Emotional State	حالتك العاطفية العامة
High Mood	المزاج العالي
Elevated Mood	مزاج مرتفع
Mania	الهوس
Hypomania	الهوس الخفيف
Bipolar Disorder	اضطراب ثنائي القطب

التنوع المدهش لحالات الاكتئاب	
اضطراب الاكتئاب الشديد	Major Depressive Disorder
حالة مزاجية سيئة	Low Mood
اكتئاب ذُهاني شديد	Psychotic Major Depression
الذُهان	Psychosis
الأوهام	Delusions
الهلاوس	Hallucinations
اكتئاب سوداوي	Melancholic Depression
الأرق	Insomnia
إيقاعات الساعة البيولوجية	Circadian Rhythms
إرهاق السفر	Jet Lag
عسر المزاج أو الاكتئاب الخفيف	Dysthymia
نمط العقد	Holding Pattern
اكتئاب مزدوج	Double Depression
اكتئاب ما بعد الولادة	Postpartum Depression
الاضطراب الوجداني الموسمي	Seasonal Affective Disorder
الخرف	Dementia
انتكاس	Degeneration
النظرية الكلاسيكية: خلل التوازن الكيميائي	
فرضية أحادي الأمين	The Monoamine Hypothesis
مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية	Selective Serotonin Reuptake Inhibitors -SSRIs
السل	Tuberculosis
الصدمة الجراحية	Surgical Shock
الناقل العصبي	Neurotransmitter
التشابك العصبي	Synapse
الأميتريبتيلين-أحد أقدم أنواع مضادات الاكتئاب	Amitriptyline

Treatment-Resistant Depression	الاكتئاب المقاوِم للعلاج
Brainstem	جذع المخ
المرونة العصبية: سبب جديد للاكتئاب؟	
Neuroplasticity	المرونة العصبية/اللدونة العصبية
Catatonia	تخشب الجمود
Hippocampus	الحُصين
Prefrontal Cortex	قشرة الفص الجبهي
Anterior Cingulate Cortex	القشرة الحزامية الأمامية
Corpus Callosum	الجسم الثفني
White Matter	المادة البيضاء
Two Brain Hemispheres	نصفا الكرة المخية
Striatum	الجسم المخطط
Ventral Tegmental Area	المنطقة السقيفية البطنية
Reward Pathway	مسار المكافأة
Anhedonia	انعدام التلذذ
هل تعمل الأدوية حقًا؟ مضادات الاكتئاب وآلية عملها	
Glutamate	الجلوتامات-ناقل عصبي
Psychedelic	المركبات المهلوسة
LSD	ثُنائِي إيثيلاميد حمْض الليسرجيك
Magic Mushrooms	الفطر السحري
FDA	إدارة الغذاء والدواء في أمريكا
Brain Stimulation	تحفيز المخ
(Electroconvulsive Therapy – ECT	العلاج بالصدمات الكهربائية
Seizure	نوبة صرع
التشديد على الدور المهم للإجهاد في الاكتئاب	
Insular Cortex	القشرة الجزيرية

القشرة الجبيهية الحجابية	Orbitofrontal Cortex
اللوزة المخية	Amygdala
الاشمئزاز	Disgust
منطقة من المخ العلوي	Higher Brain Region
الإجهاد–التوتر-الضغط	Stress
المحور الوطائي–النخامي-الكظري	Hypothalamic-Pituitary-Adrenal – HPA
منطقة ما تحت المهاد الوطائية	Hypothalamus
الغدة النخامية	Pituitary Gland
الغدة الكظرية	Adrenal Gland
نظام الغدد الصماء	Endocrine System
القشرانيات السكرية	Glucocorticoids
الحُصين	Hippocampus
قشرة الفص الجبهي	Prefrontal Cortex
سُمية الإثارة	Excitotoxicity
اللوزة المخية	Amygdala
لا يزال هناك الكثير لنتعرف عليه	
نظريات علم النفس التطوري	Evolutionary Psychology
الهندسة العكسية	Engineering Reverse

4: القلق

القلق	Worry
التفكير المغاير للواقع	Counterfactual Thinking
مشاعر القلق	Anxieties
القلق	Anxiety
إيجابيات القلق وسلبياته	
نظام اكتشاف التهديدات	Threat Detection System

Fight or Flight Response	استجابة الكر أو الفر
Triangles	المثلثات
Yerkes-Dodson	منحنى يركيس دودسون
Stress	الضغط
HPA	المحور الوطائي النخامي الكظري
Disinhibition of the Threat Detection and Response System	نظام اكتشاف التهديدات والاستجابة
اللوزة المخية شديدة القوّة	
Midbrain	المخ الأوسط
Neocortex	القشرة المخية الحديثة
Frontal Lobe	الفص الجبهي
Brainstem	جذع المخ
Prefrontal Cortex	قشرة الفص الجبهي
Executive Functioning	الوظائف التنفيذية
Hippocampus	الحُصين
Anterior Cingulate Cortex	القشرة الحزامية الأمامية
Periaqueductal Grey	المنطقة الرمادية المحيطة بالمسال
The Amygdala	اللوزة المخية
The Limbic System	الجهاز الطرفي
قشرة الفص الجبهي الذكية والمنطقية	
Whack-a-Mole	لعبة ضرب الخلد
Prefrontal Cortex	قشرة الفص الجبهي
St. Bernard Dog	كلب سانت برنارد
القشرة الجبهية في مواجهة اللوزة في الصراع حول القلق	
Quasi-Stable	شبه مستقر

Clinical Anxiety	القلق العيادي
اضطراب القلق المعمم، والجانب العيادي من القلق	
Social Psychology	علم النفس الاجتماعي
Sociology	علم الاجتماع
Individualistic	فردي
Self-Worth	تقدير الذات
Self-Fulfilment	تحقيق الذات
Collectivism	الجماعية
Mentally Abnormal	مختل نفسي
Anxiety	القلق
Generalized Anxiety Disorder – GAD	اضطراب القلق المعمم
Major Depressive Disorder	اضطراب الاكتئاب الشديد
Excessive Anxiety and Worry	وجود القلق المفرط والهم
SSRIs	مثبطات استرداد السيراتونين الانتقائية
نوبات الهلع	
Panic Disorder	اضطراب الهلع
ثبات اضطراب ما بعد الصدمة	
Post-Traumatic Stress Disorder - PTSD	اضطراب كرب ما بعد الصدمة
Avoidance Behavior	سلوك التجنب
Flashbulb Memory	الذكرى الوامضة
Hypervigilance	اليقظة المفرطة
Paranoia	بارانويا
Agoraphobia	رهاب الخلاء

Hypervigilant	شديد اليقظة
Flooding	غمر
Hallucinations	الهلوسة
القلق الاجتماعي، والرُّهاب، وكل ما تبقى	
Phobia	الرُّهاب
Specific Phobia	الرهاب المحدد
Stimulus	منبِّه
Arachnophobia	رهاب العناكب
Aquaphobia	رهاب الماء
Claustrophobia	رهاب الأماكن المغلقة
Simple Phobia	الرهاب البسيط
Complex Phobia	رهاب مركب
Social Phobia	الرهاب الاجتماعي
Social Anxiety Disorder	اضطراب القلق الاجتماعي
Tribal	القَبَليُّ
Empathy	المواجدة
Facial Recognition	التعرف على الوجوه
Neurohormones	الهرمونات العصبية
Oxytocin	الأوكسيتوسين
Vasopressin	الفاسوبريسين
Striatum	الجسم المخطط
Reward Pathway	مسار المكافأة
Agoraphobia	رهاب الخلاء
Agora	كلمة يونانية تعني مكانًا عامًّا مفتوحًا (خلاء)
Avoidance Behaviors	سلوكيات تجنبية
Obsessive-Compulsive Disorder – OCD	اضطراب الوسواس القهري

Obsessive-Compulsive and Related Disorders	اضطرابات «الوسواس القهري وما يتصل بها»
Separation Anxiety Disorder	اضطراب قلق الانفصال
Homesickness	الحنين إلى الوطن
المواد الكيميائية العصبية المتعلقة بالقلق	
Stress Hormones	هرمونات الضغوطات
Glucocorticoids	الجلوكوكورتيكويدات
Metabolism	عملية الأيض
Self-Sustaining	ذاتية الاستدامة
Neuropeptide Y	الببتيد العصبي Y
Orexigenic	المُشهِّيات
HPA	المحور الوطائي النخامي الكظري
القلق الناجم عن فقدان السيطرة	
Chronic Anxiety	القلق المزمن
Neuroplasticity	المرونة العصبية
Sisyphus Myth of	أسطورة سيسيفوس
توقف. جاء الجابا! الدور الحيوي للمواد الكيميائية المثبطة	
Neurotransmitter	الناقل العصبي
Gamma- Amino-Butyric-Acid (GABA)	حمض الجاما-أمينوبيوتيريك وهو يُعَد ناقل عصبي مثبط رئيسي
Major Inhibitory Neurotransmitter	ناقلًا عصبيًا مثبطًا رئيسيًا
Basolateral Nucleus	النواة القاعدية-جزء من اللوزة
Sensory Disruption	إرباك حسي
PTSD	اضطراب كرب ما بعد الصدمة
Neurosteroids	الستيرويدات العصبية

الستيرويدات ودورها في القلق	
الستيرويدات العصبية–هي مجموعة معقدة للغاية من المواد الكيميائية التي لها العديد من الأدوار المتنوعة	Neurosteroids
الخلايا الدبقية	Glia
الضغوطات الشديدة	Acute Stress
التنوع المحير للمخ القلِق	
اضطراب الشخصية الحدية	Borderline Personality Disorder
التلفيف الصدغي الأمامي	Superior Temporal Gyrus
المهاد	Thalamus
قشرة الفص الجبهي	Prefrontal Cortex
الجسم المخطط	Striatum
القشرة الحزامية الأمامية	Anterior Cingulate Cortex
نظام الإقدام	Approach
نظام الإحجام	Avoidance
التداخل بين الاكتئاب والقلق	
مضادات الاكتئاب	Antidepressants
مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية	SSRIs
الطرق المتنوعة للتعامل مع القلق	
الأدوية المضادة للقلق	Anxiolytic Drugs
البنزوديازيبينات–أكثر مضادات القلق شيوعًا	Benzodiazepines
الديازيبام–من أشهر مضادات القلق. وهو معروف أيضًا باسم الفاليوم	Diazepam Valium
مهدئات	Tranquilizers

Opiates	المواد الأفيونية
Cannabis	الماريجونا
Prolonged Exposure Therapy	العلاج بالتعرض المطول
Systematic Desensitization	إزالة التحسس بشكل منتظم
Graduated Exposure Therapy	علاج التعرض التدريجي
Classical Conditioning	الإشراط الكلاسيكي
Eye Movement Desensitization and Reprocessing - EMDR	إزالة التحسس عن طريق حركة العين وإعادة المعالجة
Biofeedback	الإفادة البيولوجية
Neurofeedback	الإفادة العصبية
Electroencephalograph – EEG	جهاز تخطيط كهربية المخ
Feedback	الإفادة
Meditation	ممارسة التأمل
النظرة الإجمالية للقلق	

5: الإدمان

Addiction	الإدمان
Substance Abuse	سوء استخدام المواد المخدرة
Drug Dependence	الاعتماد على العقاقير المخدرة
Dissociated	منفصل عن الواقع
ما هو الإدمان؟	
Addicted	المدمن
Psychoactive Substances	المواد ذات التأثيرات النفسية
Drugs	المخدرات

Psychotropic Substance	المؤثرات العقلية
Alcoholism	إدمان الكحول
Mild Substance Use Disorder	اضطراب طفيف لاستخدام المواد المخدرة
Moderate Substance Use Disorder	اضطراب متوسط الحدة لاستخدام المواد المخدرة
Sever Substance Use Disorder	اضطراب شديد لاستخدام المواد المخدرة
في أي مكان في المخ يحدث الإدمان؟	
Cannabis	القنب
Hallucinogens	المواد المهلوسة
LSD	ثنائي إيثيل أميد حمض الليسرجيك
Opioids	المواد الأفيونية
Inhalants	المستنشَقات
Poppers	نترات الأميل-المشهورة باسم البوبرس
Runner's High	الظاهرة المعروفة بـ «نشوة الركض»
Reward Pathway	مسار المكافأة
Nucleus Accumbens	النواة المتكئة
Ventral Tegmental Area	المنطقة السقيفية البطنية
Brainstem	جذع المخ
Sensation of Pleasure	الإحساس باللذة
Mesolimbic Reward Pathway	مسار المكافأة الوسطى الطرفي
Dopaminergic Reward Pathway	مسار مكافأة الدوبامين
Levodopa	الليفودوبا-الدواء التلقائي المستخدَم لمرضى باركنسون
Parkinson's Disease	داء باركنسون/شلل الرعاش

Substantia Nigra	المادة السوداء
Stimulants	المنبهات
Sedatives	المهدئات
The Cannonball Run	فيلم ذا كانونبول رن أو سباق المدافع
اعتياد التحمل	
Tolerance	ظاهرة تحمل المادة المخدرة
كيف يحكم إدمانُك تفكيرَك؟	
Motivation	الحوافز
Goal-Directed Behavior	السلوك الهادف
Associative Learning	مبادئ التعلم الارتباطي
Conditioning	الإشراط
الضغط الحقيقي للإقلاع	
Rehab	إعادة التأهيل
Relapse	الانتكاس
Withdrawal	الانسحاب
Spark Plug	شمعات الاحتراق
Anti-Reward System	نظام مضاد للمكافأة
Stria Terminalis	السطر الطرفي
Corticotrophin-Releasing Factor	عامل إطلاق الكورتيكوتروفين
Dysphoria	حالة من الشجن
Euphoria	النشوة
إدمان الأفعال، لا المخدرات فقط	
Vaping with E-Cigarettes	السجائر الإلكترونية

DSM-4	الإصدار الرابع من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية
Gambling Disorder	إدمان القمار
Impulse Control Disorders	اضطرابات التحكم في الاندفاعات
Sex Addiction	إدمان الجنس
Hypersexuality	فرط الشهوة الجنسي
Nymphomania	الشبق
Journal of Behavioral Addiction	مجلة الإدمان السلوكي
Problematic Use	الاستخدام المُشكِل
Maladaptive Behaviors	السلوكيات غير التكيفية
Poor Sexual Inhibition	التثبيط الضعيف للأفعال الجنسية
Orbitofrontal Cortex	القشرة الجبهية الحجابية
Sexual Dysfunctions	اختلالات الوظائف الجنسية
Compulsive Disorder	الاضطرابات القهرية
Obsessive-Compulsive Disorder – OCD	اضطراب الوسواس القهري
Compulsions	الأفعال القهرية
Striatum	الجسم المخطط
Thalamus	المهاد
White Matter Tracts	قنوات المادة البيضاء
Compulsive Thought	الأفكار القهرية
Gaming Disorders	اضطرابات الألعاب
Pyromania	هوس الحرائق
Kleptomania	هوس السرقة
Pathological Gambling	المقامرة المرضية
Compulsive Sexual Disorder	الاضطراب الجنسي القهري

علاج المدمنين	
Detox	التخلص من السموم
Therapy Sessions	جلسات علاجية
CBT	العلاج المعرفي السلوكي
Group Therapy	العلاج الجماعي
Antabuse	أنتابيوز- هو دواء يجعل الشخص شديد الحساسية للكحول
Antidepressants	مضادات الاكتئاب
Antipsychotics	مضادات الذهان
Anxiolytics	مضادات القلق
Transtheoretical Model of Addiction	نموذج الإدمان أو نموذج حالات التغيير
Pre-Contemplation	ما قبل التأمل
Contemplation	التأمل
Decision	القرار
Action	العمل
Maintenance	المحافظة
Relapse	الانتكاس
اعتمادية أم إدمان؟ إدمان أم اعتمادية؟	
Addicts	المدمنون
Addiction	الإدمان
Substance Abuse and Dependence Disorders	اضطرابات تعاطي المخدرات والاعتمادية
Dependence	الاعتمادية
إدمان الوصمات المؤذية	
من الذي يدمن؟ ولماذا؟	
الإدمان: الصحة النفسية في صورة مصغرة	

Psychotic Disorders	الاضطرابات الذهانية
Schizophrenia	الفصام
Personality Disorders	اضطرابات الشخصية
Eating Disorders	اضطرابات الأكل
OCD	اضطراب الوسواس القهري
Mania	الهوس
Bipolar Disorders	الاضطرابات ثنائية القطب
Neurological Disorders	الاضطرابات العصبية
Alzheimer's	داء ألزهايمر
Parkinson's	داء باركنسون
Neurodevelopmental Disorders	اضطرابات النمو العصبي
ADHD	اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه
Autism	التوحد
Stress	الإجهاد/الضغط
Achilles' Heel	كعب أخيل

المراجع

المقدمة

1 Greco, V. and Roger, D., 'Uncertainty, stress, and health', Personality and Individual Differences, 2003, 34(6): p. 1057–68.

1: الوضع الراهن

1 Boyd, K.M., 'Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts', *Medical Humanities*, 2000, 26(1): p. 9.

2 Sadeghfard, A., et al., 'The History of Melancholia Disease', *Iranian Journal of Medical Sciences*, 2016, 41(3 Suppl): p. S75.

3 Scholtz, M., 'Hippocrates' Aphorisms', *California and Western Medicine*, 1940, 52(3): p. 125–6.

4 Miserandino, C., 'The spoon theory', https://butyoudontlook sick.com, 2003.

5 Robinson, D.L., 'The IQ factor: implications for intelligence theory and measurement', *Personality and Individual Differences*, 1999, 27(4): p. 715–35.

6 Terrier, L.-M., Leveque, M., and Amelot, A., 'Most lobotomies were done on women', *Nature*, 2017, 548(7669): p. 523.

7 Simms, C. and Scowcroft, E., 'Suicide statistics report 2017', London, UK: Samaritans, December 2018.

8 Sharpe, M., et al., 'Integrated collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer (SMaRT Oncology-2): a multicentre randomised controlled effectiveness trial', *The Lancet*, 2014, 384(9948): p. 1099–1108.

9 American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®), APA Publishing (2013).

10 World Health Organization, International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11), 2018, www.who.int/classifications/icd/en/.

11 Sanacora, G., Treccani, G., and Popoli, M., 'Towards a glutamate hypothesis of depression: an emerging frontier of neuropsychopharmacology for mood disorders', Neuropharmacology, 2012, 62(1): p. 63–77.

12 Wakefield, J.C., 'DSM-5: An overview of changes and controversies', Clinical Social Work Journal, 2013, 41(2): p. 139–154.

13 Wakefield, J.C., 'DSM-5 grief scorecard: Assessment and outcomes of proposals to pathologize grief', World Psychiatry, 2013, 12(2): p. 171–3.

14 Stefan, M. and McManus, I., 'The concept of disease: its evolution in medical students', Social Science and Medicine, 1989, 29(7): p. 791–2.

15 Elkins, D.N., 'The medical model in psychotherapy: Its limitations and failures', Journal of Humanistic Psychology, 2009, 49(1): p. 66–84.

16 Kendler, K.S., 'The phenomenology of major depression and the representativeness and nature of DSM criteria', American Journal of Psychiatry, 2016, 173(8): p. 771–80.

17 Double, D., 'Giving up the disease model', The Lancet Psychiatry, 2015, 2(8): p. 682.

18 Beck, A.T. and Haigh, E.A., 'Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model', Annual Review of Clinical Psychology, 2014, 10: p. 1–24.

19 Yorke, C., 'Diagnosis in clinical practice: Its relationship to psychoanalytic theory', The Psychoanalytic Study of the Child, 1996, 51(1): p. 190–214.

20 Milton, J., 'Psychoanalysis and cognitive behaviour therapy – Rival paradigms or common ground?', The International Journal of Psychoanalysis, 2001, 82(3): p. 431–47.

21 Black, D.W., 'Efficacy of combined pharmacotherapy and psychotherapy versus monotherapy in the treatment of anxiety disorders', CNS Spectrums, 2006, 11(10 S12): p. 29–33.

22 Weitz, D., 'Struggling against psychiatry's human rights violations – an antipsychiatry perspective', Radical Psychology, 2008, 7: p. 7–8.

23 Garrett, M., '"Normalizing» the voice hearing experience: The continuum between auditory hallucinations and ordinary mental life' in Larøi, F. and Aleman, A. (Eds.), Hallucinations: A guide to treatment and management (Oxford University Press, 2010), p. 183–204.

24 Borrell-Carrió, F., Suchman, A.L., and Epstein, R.M., 'The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry', The Annals of Family Medicine, 2004, 2(6): p. 576–82.

2: كيف يعمل المخ

1 Kasibhatla, R.D. and Russon, K., 'Femoral nerve blocks', *Journal of Perioperative Practice*, 2009, 19(2): p. 65–9.

2 Waggoner, A., 'Optical probes of membrane potential', *The Journal of Membrane Biology*, 1976, 27(1): p. 317–34.

3 Bean, B.P., 'The action potential in mammalian central neurons', *Nature Reviews Neuroscience*, 2007, 8(6): p. 451–65.

4 The Brainstorm Consortium, 'Analysis of shared heritability in common disorders of the brain', *Science*, 2018, 360(6395).

5 Norremolle, A., et al., 'Trinucleotide repeat elongation in the Huntingtin gene in Huntington disease patients from 71 Danish families', *Human Molecular Genetics*, 1993, 2(9): p. 1475–6.

6 Fearnley, J.M. and Lees, A.J., 'Ageing and Parkinson's disease: substantia nigra regional selectivity', *Brain*, 1991, 114(5): p. 2283–301.

3: الاكتئاب

1 Lim, G.Y., et al., 'Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014', *Scientific Reports*, 2018, 8(1): p. 2861.

2 Vos, T., et al., 'Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013', *The Lancet*, 2015, 386(9995): p. 743–800.

3 Hirschfeld, R., 'Bipolar spectrum disorder: improving its recognition and diagnosis', *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2001, 62 (Suppl 14): p. 5–9.

4 Tsuno, N., Besset, A., and Ritchie, K., 'Sleep and depression', *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2005, 66(10): p. 1254–69.

5 Segre, L.S., et al., 'The prevalence of postpartum depression', *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2007, 42(4): p. 316–21.

6 Kelwala, S., Stanley, M., and Gershon, S., 'History of antidepressants: successes and failures', *The Journal of Clinical Psychiatry*, 1983, 44(5 Pt 2): p.40–8.

7 Hindmarch, I., 'Expanding the horizons of depression: beyond the monoamine hypothesis', *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 2001, 16(3): p. 203–18.

8 Cipriani, A., et al., 'Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: A systematic review and network meta-analysis', The Lancet, 2018, 391: p. 1357–66.

9 Ren, J., et al., 'Anatomically defined and functionally distinct dorsal raphe serotonin sub-systems', Cell, 2018, 175(2): p. 472–87. e20.

10 Krystal, J., et al., 'Glutamate and GABA systems as targets for novel antidepressant and mood-stabilizing treatments', Molecular Psychiatry, 2002, 7(1): p. S71–S80.

11 Liu, B., et al., 'From serotonin to neuroplasticity: Evolvement of theories for major depressive disorder', Frontiers in Cellular Neuroscience, 2017, 11: p. 305.

12 Burt, D.B., Zembar, M.J., and Niederehe, G., 'Depression and memory impairment: a meta-analysis of the association, its pattern, and specificity', Psychological Bulletin, 1995, 117(2): p. 285–305.

13 Meldrum, B.S., 'Glutamate as a neurotransmitter in the brain: review of physiology and pathology', The Journal of Nutrition, 2000, 130(4): p. 1007S–1015S.

14 Hashimoto, K., 'Rapid-acting antidepressant ketamine, its metabolites and other candidates: A historical overview and future perspective', Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2019, 73(10): p. 613–27.

15 Palhano-Fontes, F., et al., 'A randomized placebo-controlled trial on the antidepressant effects of the psychedelic ayahuasca in treatment-resistant depression', bioRxiv, 2017: p. 103531.

16 Canady, V.A., 'FDA panel endorses ketamine nasal spray for depression', Mental Health Weekly, 2019, 29(8): p. 6–7.

17 Drobisz, D. and Damborská, A., 'Deep brain stimulation targets for treating depression', Behavioural Brain Research, 2019, 359: p. 266–73.

18 Heijnen, W.T.C., et al., 'Influence of age on ECT efficacy in depression and the mediating role of psychomotor retardation and psychotic features', Journal of Psychiatric Research, 2019, 109: p. 41–7.

19 Spinella, M., 'The role of prefrontal systems in sexual behavior', International Journal of Neuroscience, 2007, 117(3): p. 369–85.

20 Pittenger, C. and Duman, R.S., 'Stress, depression, and neuroplasticity: a convergence of mechanisms', Neuropsychopharmacology, 2008, 33(1): p. 88–109.

21 Pariante, C.M. and Lightman, S.L., 'The HPA axis in major depression: classical theories and new developments', Trends in Neurosciences, 2008, 31(9): p. 464–8.

22 Varghese, F.P. and Brown, E.S., 'The Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis in Major Depressive Disorder: A Brief Primer for Primary Care Physicians', Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry, 2001, 3(4): p. 151–5.

23 Rothstein, J.D., 'Excitotoxicity hypothesis', Neurology, 1996, 47(4 Suppl 2): p. 19S–26S.

24 Allen, N.B. and Badcock, P.B.T., 'Darwinian models of depression: A review of evolutionary accounts of mood and mood disorders', Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 2006, 30(5): p. 815–26.

4: القلق

1 Roese, N.J., 'Counterfactual thinking', *Psychological Bulletin*, 1997, 121(1): p. 133–148.

2 Mental Health Foundation, 'Statistics', published 2018; Available from: www.mentalhealth.org.uk/statistics.

3 Larson, C.L., et al., 'Recognizing threat: a simple geometric shape activates neural circuitry for threat detection', Journal of Cognitive Neuroscience, 2009, 21(8): p. 1523–35.

4 Teigen, K.H., 'Yerkes-Dodson: A law for all seasons', Theory & Psychology, 1994, 4(4): p. 525–47.

5 LeDoux, J., 'The amygdala', Current Biology, 2007, 17(20): p. R868–R874.

6 Bachevalier, J. and Loveland, K.A., 'The orbitofrontal-amygdala circuit and self-regulation of social-emotional behavior in autism', Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 2006, 30(1): p. 97–117.

7 Ressler, K.J., 'Amygdala activity, fear, and anxiety: modulation by stress', Biological Psychiatry, 2010, 67(12): p. 1117–19.

8 McLaughlin, K.A. and King, K., 'Developmental trajectories of anxiety and depression in early adolescence', Journal of Abnormal Child Psychology, 2015, 43(2): p. 311–23.

9 World Health Organization, 'Depression and other common mental disorders: global health estimates', 2017.

10 Lépine, J.-P., 'The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs', The Journal of Clinical Psychiatry, 2002, 63 (Suppl 14): p. 4–8.

11 Cohen, D., Sex, Gender, and Sexuality in Ancient Greece, 1992, University of Chicago Press.

12 Hoge, E.A., Ivkovic, A., and Fricchione, G.L., 'Generalized anxiety disorder: diagnosis and treatment', BMJ, 2012, 345: p. e7500.

13 King, N.J., et al., 'Self-reports of panic attacks and manifest anxiety in adolescents', Behaviour Research and Therapy, 1993, 31(1): p. 111–6.

14 Tull, M.T. and Roemer, L., 'Emotion regulation difficulties associated with the experience of uncued panic attacks: Evidence of experiential avoidance, emotional nonacceptance, and decreased emotional clarity', Behavior Therapy, 2007, 38(4): p. 378–91.

15 Milad, M.R., et al., 'Neurobiological basis of failure to recall extinction memory in posttraumatic stress disorder', Biological Psychiatry, 2009, 66(12): p. 1075–82.

16 Brewin, C.R., 'Memory processes in post-traumatic stress disorder', International Review of Psychiatry, 2001, 13(3): p. 159–63.

17 Peters, L., Slade, T., and Andrews, G., 'A comparison of ICD10 and DSM-IV criteria for posttraumatic stress disorder', Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 1999, 12(2): p. 335–43.

18 Baxter, A.J., et al., 'Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression', Psychological Medicine, 2013, 43(5): p. 897–910.

19 Furmark, T., et al., 'Social phobia in the general population: prevalence and sociodemographic profile', Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1999, 34(8): p. 416–24.

20 Flinn, M.V., Geary, D.C., and Ward, C.V., 'Ecological dominance, social competition, and coalitionary arms races: Why humans

evolved extraordinary intelligence', Evolution and Human Behavior, 2005, 26(1): p. 10–46.

21 Woo, C.W., et al., 'Separate neural representations for physical pain and social rejection', Nature Communications, 2014, 5: p. 5380.

22 Bandelow, B., 'Comparison of the DSM-5 and ICD-10: panic and other anxiety disorders', CNS Spectrums, 2017, 22(5): p. 404–6.

23 Krzanowska, E. and Kuleta, M., 'From anxiety to compulsivity: a review of changes to OCD classification in DSM-5 and ICD-11', Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 2017, 19(3): p. 7–15.

24 Zorn, J.V., et al., 'Cortisol stress reactivity across psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis', Psychoneuroendocrinology, 2017, 77: p. 25–36.

25 McGowan, P.O. and Matthews, S.G., 'Prenatal stress, glucocorticoids, and developmental programming of the stress response', Endocrinology, 2018, 159(1): p. 69–82.

26 Stone, W.S., Rudd, R.J., and Gold, P.E., 'Amphetamine, epinephrine, and glucose enhancement of memory retrieval', Psychobiology, 1990, 18(2): p. 227–30.

27 Mezzacappa, E.S., 'Epinephrine, arousal, and emotion: A new look at two-factor theory', Cognition and Emotion, 1999, 13(2): p. 181–99.

28 Morales-Medina, J.C., Dumont, Y., and Quirion, R., 'A possible role of neuropeptide Y in depression and stress', Brain Research, 2010, 1314: p. 194–205.

29 Chen, H.Y., et al., 'Orexigenic action of peripheral ghrelin is mediated by neuropeptide Y and agouti-related protein', Endocrinology, 2004, 145(6): p. 2607–12.

30 Gold, A.L., Morey, R.A., and McCarthy, G., 'Amygdala–Prefrontal Cortex Functional Connectivity During Threat-Induced Anxiety and Goal Distraction', Biological Psychiatry, 2015, 77(4): p. 394–403.

31 Chebib, M. and Johnston, G.A., 'The «ABC» of GABA receptors: a brief review', Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology, 1999, 26(11): p. 937–40.

32 Woodruff, A.R., Monyer, H., and Sah, P., 'GABAergic excitation in the basolateral amygdala', The Journal of Neuroscience, 2006, 26(46): p. 11881–7.

33 Delli Pizzi, S., et al., 'GABA content within the ventromedial prefrontal cortex is related to trait anxiety', Social Cognitive and Affective Neuroscience, 2016, 11(5): p. 758–66.

34 Nuss, P., 'Anxiety disorders and GABA neurotransmission: a disturbance of modulation', Neuropsychiatric Disease and Treatment, 2015, 11: p. 165–75.

35 Powers III, A.R., et al., 'Ketamine-induced hallucinations', Psychopathology, 2015, 48(6): p. 376–85.

36 Rune, G. and Frotscher, M., 'Neurosteroid synthesis in the hippocampus: role in synaptic plasticity', Neuroscience, 2005, 136(3): p. 833–42.

37 Hosie, A.M., et al., 'Endogenous neurosteroids regulate GABA A receptors through two discrete transmembrane sites', Nature, 2006, 444(7118): p. 486–9.

38 Gunn, B.G., et al., 'Neurosteroids and GABAA receptor interactions: a focus on stress', Frontiers in Neuroscience, 2011, 5: p. 131.

39 Stein, M.B., Jang, K.L., and Livesley, W.J., 'Heritability of anxiety sensitivity: a twin study', American Journal of Psychiatry, 1999, 156(2): p. 246–51.

40 Fareri, D.S. and Tottenham, N., 'Effects of early life stress on amygdala and striatal development', Developmental Cognitive Neuroscience, 2016, 19(Suppl C): p. 233–47.

41 Abelson, J.L., et al., 'HPA axis activity in patients with panic disorder: review and synthesis of four studies', Depression and Anxiety, 2007, 24(1): p. 66–76.

42 Pejic, T., et al., 'Social anxiety modulates amygdala activation during social conditioning', Social Cognitive and Affective Neuroscience, 2013, 8(3): p. 267–76.

43 Roth, G., 'The quest to find consciousness', Scientific American Mind, 2004, 14(1): p. 32–9.

44 Hawkins, K.A. and Cougle, J.R., 'Anger problems across the anxiety disorders: findings from a population-based study', Depression and Anxiety, 2011 28(2): p. 145–52.

45 Kapczinski, F., et al., 'Antidepressants for generalised anxiety disorder (GAD)', Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003(2).

46 Cameron, O.G., 'Anxious-depressive comorbidity: effects on HPA axis and CNS noradrenergic functions', Essential Psychopharmacology, 2006, 7(1): p. 24–34.

47 Pinna, G., Costa, E., and Guidotti, A., 'SSRIs act as selective brain steroidogenic stimulants (SBSSs) at low doses that are inactive on 5-HT reuptake', Current Opinion in Pharmacology, 2009, 9(1): p. 24–30.

48 Pritchett, D.B., et al., 'Importance of a novel GABA A receptor subunit for benzodiazepine pharmacology', Nature, 1989, 338(6216): p. 582–85.

49 O'Brien, C.P., 'Benzodiazepine use, abuse, and dependence', The Journal of Clinical Psychiatry, 2005, 66 (Suppl 2): p. 28–33.

50 Foa, E.B., 'Prolonged exposure therapy: past, present, and future', Depression and Anxiety, 2011, 28(12): p. 1043–7.

51 Clark, D., 'The treatment of monosymptomatic phobia by systematic desensitization', Behaviour Research and Therapy, 1963, 1(1): p. 63–8.

52 Gauvreau, P. and Bouchard, S., 'Preliminary evidence for the efficacy of EMDR in treating generalized anxiety disorder', Journal of EMDR Practice and Research, 2008, 2(1): p. 26–40.

5: الإدمان

1 Drake, R.E., Mueser, K.T., and Brunette, M.F., 'Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: program implications', World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA), 2007, 6(3): p. 131–36.

2 Budney, A.J., et al., 'Caffeine withdrawal and dependence: a convenience survey among addiction professionals', Journal of Caffeine Research, 2013, 3(2): p. 67–71.

3 Hawkes, C.H., 'Endorphins: the basis of pleasure?', Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 1992, 55(4): p. 247–50.

4 Koob, G.F., 'A role for GABA mechanisms in the motivational effects of alcohol', Biochemical Pharmacology, 2004, 68(8): p. 1515–25.

5 Gardner, E.L., 'Introduction: Addiction and Brain Reward and Anti-Reward Pathways', Advances in Psychosomatic Medicine, 2011, 30: p. 22–60.

6 Parkinson Study Group, 'Levodopa and the progression of Parkinson's disease', New England Journal of Medicine, 2004, 351(24): p. 2498–508.

7 Pietrzykowski, A.Z. and Treistman, S.N., 'The molecular basis of tolerance', Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2008, 31(4): p. 298–309.

8 Kalivas, P.W. and Volkow, N.D., 'The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice', American Journal of Psychiatry, 2005, 162(8): p. 1403–13.

9 Dickinson, A. and Mackintosh, N., 'Classical conditioning in animals', Annual Review of Psychology, 1978, 29(1): p. 587–612.

10 Koob, G.F. and Franz, K.J., 'The neurobiology of addiction', in Holman Coombs, R. (ed.), Addiction Counseling Review (Routledge, 2004): p. 57–82.

11 Darke, S., Larney, S., and Farrell, M., 'Yes, people can die from opiate withdrawal', Addiction, 2017, 112(2): p. 199–200.

12 Hartmann-Boyce, J., et al., 'Electronic cigarettes for smoking cessation', Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016(9).

13 Grant, J.E. and Chamberlain, S.R., 'Expanding the definition of addiction: DSM-5 vs. ICD-11', CNS Spectrums, 2016, 21(4): p. 300–3.

14 Musalek, M., 'Pathological gambling: Addiction or impulse control disorder', European Psychiatry, 2007, 22(S1): p. S37.

15 Carnes, P.J., 'Addiction or compulsion: politics or illness?', Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention, 1996, 3(2): p. 127–150.

16 Panova, T. and Carbonell, X., 'Is smartphone addiction really an addiction?', Journal of Behavioral Addictions, 2018, 7(2): p. 252–9.

17 Papageorgiou, C., et al., 'Do obsessive-compulsive patients and abstinent heroin addicts share a common psychophysiological mechanism?', Neuropsychobiology, 2003, 47(1): p. 1–11.

18 DiClemente, C.C. and Prochaska, J.O., 'Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors', in W. R. Miller & N. Heather (Eds.), Applied clinical psychology. Treating addictive behaviors (1998, Plenum Press): p. 3–24.

19 O'Brien, C.P., Volkow, N., and Li, T., 'What's in a word? Addiction versus dependence in DSM-V', The American Journal of Psychiatry, 2006 163(5): 764–5.

20 Agrawal, A., et al., 'The genetics of addiction – a translational perspective', Translational Psychiatry, 2012, 2(7): p. e140.

21 Patoine, B., 'Desperately Seeking Sensation: Fear, Reward, and the Human Need for Novelty', The Dana Foundation, 2009.

الخاتمة

1 Kiecolt-Glaser, J.K., Derry, H.M., and Fagundes, C.P., 'Inflammation: Depression Fans the Flames and Feasts on the Heat', *American Journal of Psychiatry*, 2015, 172(11): p. 1075–91.

كتب أخرى لنفس الكاتب:

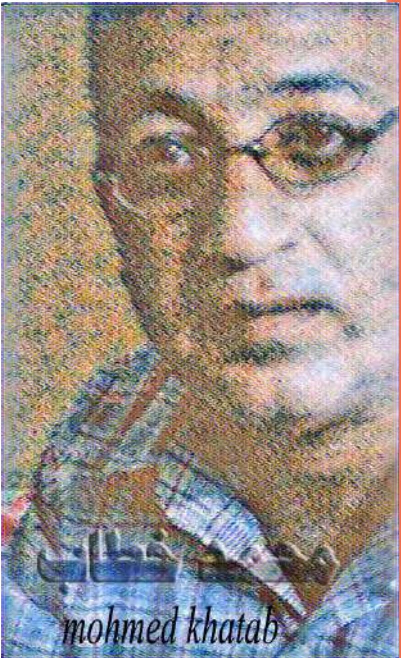
- المخ الأبله.
- المخ السعيد.
- لماذا يقودك أبواك للجنون؟

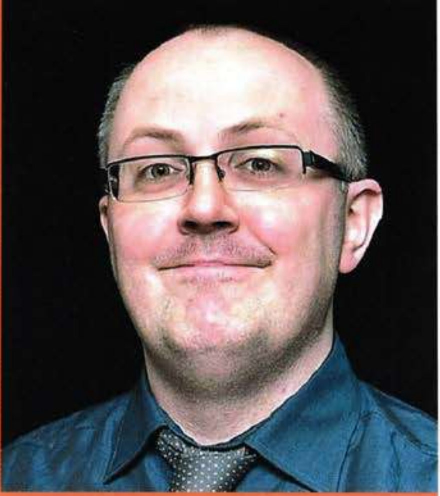
"مقنعٌ وحكيمٌ وعقلانيّ".

- جون رونسون

"رؤية فريدة لفهم الصحة النفسية"

- الجارديان





دكتور دين بِرنيت

هو عالم أعصاب، ومدوِّن، ومؤلف، ويعمل كوميديان أيضًا بين الحين والآخر. يعيش د. بِرنيت في مدينة كارديف وهي عاصمة دولة ويلز - إحدى الدول المكونة للمملكة المتحدة. في الوقت الحالي، د. بِرنيت هو باحث مساعد فخري في كلية علم النفس بجامعة كارديف، وزميل متخصص زائر لدى جامعة برمنغهام سيتي. وهو أيضًا سفير مؤسسة "ريثينك" (Rethink) الخيرية للصحة النفسية والعقلية وحصل مؤخرًا على جائزة مشاركة الجمهور وغير المتخصصين في علم الأعصاب من جمعية علم الأعصاب البريطانية. كُتُب د. بِرنيت -المخ الأبله والمخ السعيد- كانت من أكثر الكتب مبيعًا على مستوى العالم، ونُشِرت في أكثر من عشرين دولة حول العالم.

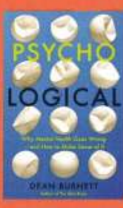
فهم الأمراض النفسيّة

يعاني واحدٌ من كل أربعة أشخاص مِنّا كل عامٍ مِن مشكلة تتعلق بصحته النفسية أو العقلية، ويتفرد القلق والاكتئاب وَحدهم بإصابة أكثر من ٥٠٠ مليون شخص حول العالم.

لماذا تنتشر تلك المشكلات على هذا النطاق الواسع؟ وما هو الأمر الذي يجعل حياتنا المعاصرة لها هذا التأثير في صحتنا النفسية والعقلية؟ ولمَ لا يزال هناك الكثير من الالتباس حول هذه القضايا؟ ولماذا لم ننفك بعد عن الوصمات التي تلحق الحديث عن مثل هذه المواضيع؟

في كتاب فهم الأمراض النفسية، عالم الأعصاب ومؤلف الكتب الأكثر مبيعًا دين بِرنيت يجاوب هذه الأسئلة وأكثر، ويكشف لنا عما يحدث بالفعل داخل أمخاخِنا عندما نعاني مشكلات الصحة النفسية والعقلية مثل القلق والاكتئاب والإدمان.

جَمعًا بين ما يخبرنا به البحث العلمي المُنير والخبرة الأصيلة المستقاة مباشرة من الأشخاص الذين يتعاملون مع مشكلات الصحة النفسية والعقلية بشكل يومي، يُعد هذا سردًا صادقًا وممتعًا ومطمئنًا لكيفية حدوث هذه المشكلات، وسبب حدوثها، وكيف يمكن لنا أن نفهمها حقًّا.



تصميم الغلاف: محمود هشام

9 789776 902633

عصير الكتب

www.aseeralkotb.com
contact@aseeralkotb.com
aseeralkotb
aseeralkotb
aseeralkotb